Nr. 25. 21. czerwca 1925. Rok IV.

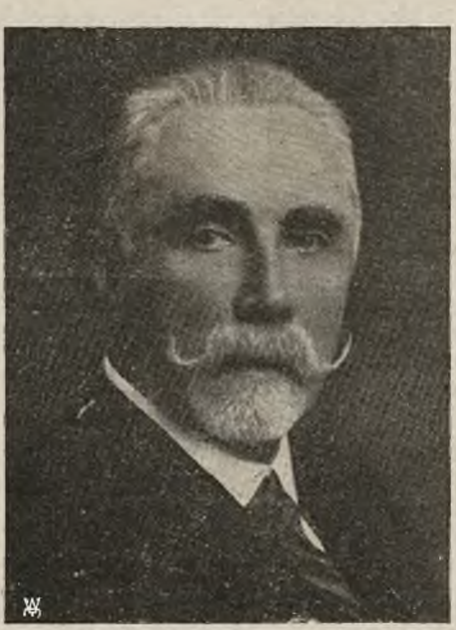
POLSKA GAZETA LEKARSKA

Ś. p. dr. med. JÓZEF PAWIŃSKI.

»In corde spes, vis et vita«.

Dnia 16. maja 1925 roku, po kilkudniowej chorobie, zakończył życie ś. p. dr. med. Józef Pawiński.

Pomimo lat podeszłych i półwiekowego okresu pracy naukowej, pojechał w końcu kwietnia na Zjazd polsko-francuski do Paryża, brał w nim z młodzieńczym zapałem udział bardzo czynny, a po Kongresie udał się do Vichy, gdzie czas pewien pozostał dla odpoczynku i kuracji. W drodze powrotnej do Warszawy zatrzymał się jeszcze w Paryżu i tu śmierć Go zaskoczyła.



Urodził się w Zgierzu, 21. stycznia 1851 roku. Początkowe nauki pobierał w Łęczycy, następnie uczęszczał do III gimnazjum w Warszawie. Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego ukończył w roku 1874, poczem pracował jako asystent w klinice diagnostycznej prof. Ignacego Baranowskiego przez dwa lata. Pod kierunkiem tej powagi naukowej nauczył się, jak Sam wspominał, sumiennej i ścisłej obserwacji chorego, dokładnego badania fizykalnego, umiejętności postępowania z chorymi i oddziaływania na nich. Od roku 1876 do 1878 letnie miesiące spędzał w Nowem Mieście nad Pilicą, gdzie ordynował w Zakładzie przyrodo- i wodoleczniczym dra Jana Bielińskiego, w zimowych zaś miesiącach wyjeżdżał na studja medyczne i doskonalił się w wiedzy oraz sztuce lekarskiej pod kierunkiem ówczesnych znakomitości, jako to: prof. Bambergera, Ducheka, Benedikta, Störka, Hebry, Strichera i innych we Wiedniu, prof. Frerichsa, Leydena, Westphala, Waldenburga w Berlinie, prof. Jaccoud, Potain'a, Charcot'a w Paryżu.

Po powrocie do Warszawy został w roku 1880 lekarzem miejscowym w szpitalu Dzieciątka Jezus, a w roku 1883, po obronie rozprawy *»O arytmji serca wogóle, a w szczególności przy wadach zastawek«*, otrzymał w Uniwersytecie Warszawskim stopień doktora medycyny.

Rozprawa ta nadała właściwy kierunek dalszym pracom naukowym i klinicznym dra med. Pawińskiego, stopniowo stał się On wyrocznią w dziedzinie patologji i terapji serca i naczyń, nie był jednak zwolennikiem wyłącznego zajmowania się kardjologją, obejmował zawsze całość patologji wewnętrznej, mając na widoku wzajemne na Siebie oddziaływanie różnych organów.

Mianowany w roku 1884 ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus, a po kilku latach starszym ordynatorem szpitala św. Ducha, spędził na tem stanowisku 32 lata wytrwałej i owocnej pracy. Za czasów rosyjskich praca ordynatorów na oddziałach szpitalnych miała niezmierne znaczenie: wspólnie z piśmiennictwem lekarskiem i pracami Towarzystwa Lekarskiego oraz Higjenicznego zdołała przez długie dziesiątki lat utrzymać medycynę polską, zgodnie z tradycją Akademji Medycznej i Szkoły Głównej, na poziomie wiedzy europejskiej. Dr. med. Pawiński był jednym z najwytrwalszych bojowników o ten wysoki poziom polskiej wiedzy lekarskiej.

Dzięki bliższej znajomości z prof. Henri Huchard'em dr. med. Pawiński miał sposobność bliżej się zaznajomić z kierunkiem francuskiej szkoły klinicznej, w której podstawą diagnostyki i terapji jest bystra i ścisła obserwacja, umiejętne wyzyskanie dostępnych metod badania i leczenie, przystosowane do indywidualności chorego.

W roku 1923 dr. med. Pawiński mianowany został honorowym konsultantem szpitala św. Ducha, a w dniu 16. listopada 1924 r. został niezwykle uczczony i wyróżniony przez władze m. st. Warszawy: sala, na której pracował, otrzymała nazwę sali Jego imienia, a na głównej ścianie wmurowana została tablica pamiątkowa tego znakomitego lekarza. Uroczystość odsłonięcia i poświęcenia tej tablicy odbyła się w podniosłym nastroju wobec licznie zgromadzonych władz miejskich, spitalnych i świata lekarskiego.

Od roku 1880 był współwłaścicielem i bardzo czynnym członkiem Komitetu redakcyjnego „Gazety Lekarskiej", w której wszystkie Swe liczne prace ogłaszał, a po złączeniu się wszystkich ówczesnych tygodników lekarskich polskich w jedną „Polską Gazetę Lekarską" pozostał do końca życia członkiem Warszawskiego Komitetu Redakcyjnego i pracą Swą i radą wspierał niezmordowanie wydawnictwo, bolejąc jedynie nad tem, że stolica Polski Odrodzonej, Warszawa, niema swego czysto polskiego pisma lekarskiego tygodniowego.

Ś. p. dr. med. Pawiński był wzorem pod względem wytrwałości w pracy. Obdarzony umysłem spostrzegawczym, posiadający wiedzę historyczną i zdolności lingwistyczne, nigdy czasu nie marnował. Pierwsze Jego prace naukowe datują się od pierwszych lat po ukończeniu studjów lekarskich, pomimo, że musiał wtedy jednocześnie walczyć z trudnościami materjalnemi życia. W licznym szeregu, bo około 80 większych prac, dużą przewagę tworzą prace z zakresu patologji i terapji organów krążenia krwi. Przeszło 60 prac z tej dziedziny stanowią wszechstronny i wyczerpujący materjał, ilustrowany olbrzymią liczbą obserwacyj klinicznych oraz liczonych na tysiące spostrzeżeń z praktyki prywatnej.

Już w roku 1882 ukazuje się w Gazecie Lekarskiej Nr. 13—22 praca Pawińskiego *»O tak zwanym połowicznym skurczu serca«*, a w Nr. 43—46 *»Przyczynek do nauki o powstawaniu zmęczenia i wyczerpania mięśni serca przy wadach zastawek serca«*. W roku 1883 pisze Pawiński *»O zwężeniu i zatkaniu tętnic wieńcowych serca pod względem fizjologicznym, anatomo-patologicznym i klinicznym«* oraz wydaje *»Badania kliniczne nad arytmją serca wogóle, a w szczególności przy wadach zastawek serca«* (Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. r. 1883).

W księdze pamiątkowej ku uczczeniu prof. Hoyera w r. 1884 znajdujemy pracę dra Pawińskiego *»O szmerach słyszalnych z pewnej odległości od chorego«*, a w Gazecie Lekarskiej 1885 r. *»Przyczynek do rozpoznawania tętniaków aorty brzusznej«*. W tejże Gazecie z roku 1887 spotykamy *»Wzruszenia moralne, jako powód nagłej śmierci przy wadzie zastawki«* oraz *»Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźnem zapaleniem wsierdzia«*.

W roku 1888 Pawiński podaje przypadki *»Choroby Adissona«*, *»Ostrej prosowatej gruźlicy płuc z niezwykłą nadruchliwością serca«*, *»Dusznicy acetonowej«* i *»Szkarlatyny, przebiegającej bez gorączki ze znacznem zwolnieniem tętna«*. W roku 1889 pisze *»O działaniu siarczanu sparteiny«* i *»Strofant i jego wpływ na serce«*, w roku 1890 *»O wpływie influenzy na serce«*, *»Niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty wskutek pęknięcia błony wewnętrznej«*, *»Ostra prosowata gruźlica bez gorączki«*, *»Potrójna wada serca — stenosis ostii venosi sinistri, dextri et arteriosi sinistri«*, wreszcie *»O rytmie wahadłowym serca i jego stosunku do rytmu galopu«*.

W latach 1891—1894 mamy do zanotowania następujące ważniejsze prace: *»Przyczynek do rozpoznawania nowotworów wzgórków czworaczych«*, *»O tak zwanem ostrem i ostrawem zapaleniu aorty«*, *»O zastosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek«*, *»Badania kardjograficzne przez prof. A. Hołowińskiego i dra J. Pawińskiego«*, *»O moczopędnem działaniu diuretyny«*, *»O względnej niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej przy zwężeniu ujścia żylnego lewego«*.

W latach 1896—1900 spotykamy w Gazecie Lekarskiej kilka wielce cennych prac, jak n. p. *»Napady częstego oddychania ze stanowiska klinicznego (polypnoe paroxysmalis)«*, *»O wpływie suchego zapalenia osierdzia na powstawanie stenokardji i dychawicy sercowej«*, *»Asthma vesicale — przyczynek do powstawania dychawicy u starców przy niedostatecznem opróżnianiu się pęcherza moczowego«*, *»O samopomocy organizmu w dusznicy bolesnej«*, *»O zastosowaniu heroiny w zaburzeniach krwioobiegu«* i inne.

Z dziedziny środków sercowych i zabiegów przyrodoleczniczych dr. Pawiński ogłosił jeszcze prace o *apocynum cannabinum*, o działaniu teocyny w chorobach serca i nerek, o działaniu kąpieli kwasowęglowych (odczyt kliniczny), o działaniu chinidyny i jej stosowaniu leczniczem (odczyt w Tow. lek. z roku bieżącego).

Szczególnie liczne są prace Pawińskiego z zakresu studjów nad dusznicą bolesną (10 większych prac), że wspomnimy tylko *»O dusznicy bolesnej przy zakażeniu septycznem«*, *»Dusznica bolesna jako objaw samozatrucia ustroju«*, *»Dusznica bolesna, przebiegająca pod postacią cierpienia żołądka«*, *»O leczeniu dusznicy bolesnej«* (1907), *»Czy cierpienie Seneki należy uważać za astmę czy anginę piersiową?«*, *»Angina pectoris w świetle przeszłości«* (1908 r.). W rękopisie pozostała wyczerpująca praca o tem cierpieniu.

Z pośród prac, mających za główny temat zaburzenia w innerwacji organów krążenia, do ważniejszych należą: *»Zaburzenia innerwacyjne i cyrkulacyjne w chorobach zakaźnych«* (1901 r.), *»Napięcie tętnicze w okresie przekwitowym u kobiet«* (1904 r.), *»Hypostenia cardio-vasculosa climacterica«* (1905 r.), *»Zaburzenia innerwacji, a cierpienia organiczne serca i naczyń«* (odczyt wygłoszony na I. Zjeździe Internistów Ziem Polskich w Krakowie 1909 r.), *»Wojna a serce — przyczynek do patogenezy zaburzeń cyrkulacyjnych«* (1915 r.), *»O wpływie wzruszeń wywołanych wypadkami wojennemi na serce«* (1915 r.), *»Nerwice serca w świetle statystyki«*, *»Przemęczenie serca — Higjena sportu«* (1918 r.), *»Les troubles fonctionnels du coeur et les lesions organiques du coeur et des vaisseaux, leurs rapports reciproques«* (odczyt na Kongresie Lekarskim Francusko-Polskim 1921 r.).

Miażdżyca tętnic, jej przyczyny i skutki bardzo zajmowała badawczy umysł ś. p. dra med. Pawińskiego.

Nie wszystkie prace z tej dziedziny są ogłoszone drukiem: w rękopisach przygotowywane są materjały, oparte na olbrzymiej statystyce, do wydania kapitalnego dzieła o arterjosklerozie. Z pośród ogłoszonych wspomnieć należy: *»O wpływie wzruszeń moralnych i przemęczenia umysłowego na powstawanie arterjosklerozy«* (1912 r.), *»Etjologja arterjosklerozy w świetle statystyki«* (odczyt w Tow. Nauk. Warsz. 1913 r.), *»O wpływie nadużyć w paleniu tytoniu na naczynia i serce«* (1913 r.), *»O wpływie wyskoku na serce i naczynia«* (odczyt na II. Zjeździe Internistów polskich we Lwowie 1914 r.).

Wyjątkowy znawca historji medycyny oraz dziejów ojczystego lecznictwa dr. med. Pawiński cały szereg dzieł poświęcił tej gałęzi wiedzy. Na uroczystość stulecia Warsz. Tow. Lek. w 1921 r. wygłosił świetnie opracowany odczyt p. t. *»Zarys historyczny pojęć o t. zw. sile życiowej (pneuma, spiritus vitalis)«*. Na Zjeździe Internistów polskich w Wilnie w r. 1923 wypowiedział odczyt *»O zarysie historyczno-krytycznym postępu medycyny w zakresie terapji chorób serca i naczyń w ubiegłem XIX stuleciu i w początku obecnego«*. Wreszcie, na parę tygodni przed śmiercią, wygłosił w Paryskiej Akademji lekarskiej odczyt na temat *»Zarys historyczno-krytyczny postępu medycyny w zakresie fizjologji i patologji serca i naczyń od odkrycia Harvey'a do naszych czasów«* — *»Le progrès de la cardiologie depuis Harvey jusqu' à nos jours«*.

* * *

»Quod potui feci, faciant meliora potentes« — temi słowy ś. p. dr. med. Pawiński zakończył swoje przemówienie podczas uroczystości odsłonięcia Jego tablicy pamiątkowej w szpitalu św. Ducha. Pomimo swej skromności, dał On światu i nauce ojczystej tyle niezmordowanej i owocnej pracy, a wraz ze Swem imieniem przysporzył sławy wiedzy polskiej, że musi być zaliczony do najgodniejszych, najszlachetniejszych przedstawicieli polskiego świata lekarskiego, najwytrwalszych pracowników na ojczystej niwie naukowej.

W Towarzystwie Naukowem ś. p. dr. med. Pawiński uwiecznił Swe imię nietylko pracami naukowemi, lecz i hojną ofiarą 10.000 rubli, za które ufundowano dwie pracownie przyrodnicze imienia ofiarodawcy.

Dr. Kazimierz Wagner.

Prace oryginalne.

Doc. Dr. Al. ŁAWRYNOWICZ Poznań.

O zakażeniu rzekomo gruźliczem *(bac. de la pseudo-tuberculose zoogléique Malassez-Vignal, b. pseudotuberculosis rodentium Pfeiffer)* człowieka.

(Z Zakładu Bakterjologji Uniwersytetu Poznańskiego. Dyrektor: Prof. Dr. Padlewski).

W patologji gryzoniów las. rzekomo gruźliczy występuje jako czynnik etjologiczny licznych, samoistnych epizootyj (zwłaszcza u świnek morskich i królików). Dokonane spostrzeżenia nagromadziły znaczny materjał bakterjologiczny, dały charakterystykę szczepów wyhodowanych w rozmaitych przypadkach. Poczynając od pierwszych spostrzeżeń Malassez i Vignal *(tuberculose zoogléique 1883)*, Eberth (1885), Pfeiffer (1889), którzy wyosobnili w jednostkę samodzielną drobnoustroje powodujące sprawy rzekomo gruźlicze, liczni autorowie podawali opisy hodowli wyszczepianych, posiadających niekiedy całkiem odmienne własności bakterjologiczne. Jako cechę podstawową tej grupy drobnoustrojów przyjmowano zdolność powodowania zmian guzkowych w ustroju zwierząt wrażliwych. Jednocześnie pod określenie las. rzekomogruźliczych niekiedy podporządkowywano laseczki kwasoodporne niechorobotwórcze (l. mastkowe, las. mleka i masła — Petri, L. Rabinowitsch i i.). Także dwoiste mianownictwo oparte na dwu zasadach całkiem odmiennych zawikłało terminologję, czego wyraz stanowi połączenie tych

tak odmiennych drobnoustrojów w jednej grupie (n. p. w podręczniku Dopter et Saequépée). Obecnie laseczek kwasoodpornych nie powinniśmy odnosić do grupy rzekomej gruźlicy, rezerwując to miano dla drobnoustrojów powodujących zmiany guzkowe w narządach podobne do zmian gruźliczych. Jednakże nawet przy takiem ograniczeniu grupy laseczek rzekomogruźliczych stwierdzamy znaczną rozmaitość własności szczepów załączanych pierwotnie do tej grupy; wynika to z faktu, że zmiany rzekomogruźlicze, po za pleśniakami i pierwotniakami, mogą powodować rozmaite drobnoustroje — łańcuszkowce, las. paratyfusowe, oraz szereg laseczek (dodatnich i ujemnych przy barwieniu sposobem Grama, ruchomych i nieruchomych, rozrzedzające i niezozrzedzające żelatynę itd.). W początkowym okresie spostrzeżeń miano rzekomogruźlicze nadawano wszelkim drobnoustrojom, które wyszczepiano u zwierząt i ludzi przy zmianach guzkowych natury niegruźliczej w narządach lub tkankach. Nie podaję na tem miejscu dokładnego zestawienia odnośnych spostrzeżeń, gdyż szczepy z przed r. 1898 zestawili O. Bujwid i N. Kostanecki, późniejsze Saisawa.

Współczesna systematyka bakterjologiczna pod określeniem las. rzekomogruźliczej (b. de Malassez et Vignal, *b. pseudotuberculosis rodentium* Pfeiffer) pojmuje drobnoustrój bardzo rozpowszechniony w świecie zwierzęcym, posiadający wysoką miarę zjadliwości, zwłaszcza dla gryzoniów i o wiele rzadziej dla drobiu (Nocard), kotów (Galávielle, Albrecht i i.). Jest to drobnoustrój *sui generis*, z las. gruźliczą pod względem bakterjologicznym nie posiada żadnych cech wspólnych, zawdzięczając swoje imię powodowanym przezeń zmianom anatomicznym w narządach. Własności bakterjologiczne (wzrost na pożywkach, sposób barwienia się, morfologja kolonij, wspólne odczyny odpornościowe) oraz zdolność powodowania, przy zastosowaniu większych dawek, ostrych spraw posoczniczych typu posocznicy krwotocznej przy zakażeniu zwierząt doświadczalnych upoważniają do włączenia las. rzekomo gruźliczej do grupy bakteryj posocznicy krwotocznej *b. bipolaris septicus s. septic. haemorrhagicae*) wspólnie z las. dżumy, las. cholery drobiu, *b. bovisepticus*, *b. suisepticus* i i. Z tych drobnoustrojów l. dżumy posiada najbardziej blizkie i w znacznej mierze wspólne cechy z las. rzekomogruźliczą, ze względów natury praktycznej kilkakrotnie podkreślane (Galli-Valerio, Złatogorow). Laseczka rzekomogruźlicza rośnie na wszystkich podłożach, tworzy błonkę i stalaktyty oraz krótkie łańcuchy na pożywkach płynnych, barwi się ujemnie sposobem Grama, nie tworzy zarodników, nie posiada rzęsek, nie peptonizuje białek, rozkłada poszczególne rodzaje cukrów, posiada wspólne z grupą posocznicy krwotocznej odczyny odpornościowe; w ustroju zwierzęcym daje dwa typy spraw chorobowych: ostry typ posoczniczy i bardziej przewlekły ze zmianami guzkowemi w narządach.

Własności chorobotwórcze las. rzekomogruźliczej przeważnie łączono z wyżej pomienioną grupą świata zwierzęcego — z gryzoniami. Jednakże jeszcze w początkowym okresie gromadzenia spostrzeżeń wykazywano jej obecność, a niekiedy zdolność powodowania spraw chorobowych w ustroju ludzkim, gdyż nawet pierwsze spostrzeżenie Malassez i Vignal nastąpiło po zaszczepieniu śwince morskiej pod skórę zawiesiny serowatego guzka z warstwy podskórnej przedramienia dziecka zmarłego na gruźlicze zapalenie opon mózgowordzeniowych. Piśmiennictwo podaje nam kilkanaście spostrzeżeń w których za życia lub pośmiertnie w przypadkach rozmaitych spraw chorobowych u ludzi wyszczepiano odmiany las. rzekomogruźliczej. Bardziej szczegółowe i krytyczne rozejrzenie się w tym materjale wykazuje znaczną jego rozmaitość. Drobnoustroje nieszczepione, aczkolwiek powodowały w ustroju ludzkim lub przy zakażeniu doświadczalnem zwierząt zmiany guzkowe, jednakże pod względem charakterystyki własności bakterjologicznych bądź pozostawiały wiele do życzenia (Malassez i Vignal, Hayem, Mazza i Tensi), bądź podawały cechy dla las. rzekomogruźliczej, w naszem obecnem pojmowaniu niewłaściwe, jako Gram — dodatniość (Manfredi, Wrede, Henle) lub peptonizację żelatyny (Du Cazaliet Vaillard, Legrain, Vincenzi). Co do własności chorobotwórczych szczepów podanych nie zawsze posiadamy należyte uzasadnienie. Sam fakt wyszczepienia las. rzekomogruźliczej wcale nie dowodzi jej własności chorobotwórczych w danym przypadku; to zastrzeżenie zwłaszcza dotyczy spostrzeżeń w których własności chorobotwórcze stwierdzono przez zakażenie zwierząt doświadczalnych u których możliwe jest występowanie epizootyj samoistnych.

Stwierdzone na tej drodze przypadki obecności w ustroju ludzkim laseczek powodujących u zwierząt zmiany rzekomogruźlicze przy braku wyraźnych zmian chorobowych u człowieka, winniśmy postawić po za nawias. A więc nie posiadamy dowodów wystarczających na to aby spostrzeżenia: Manfredi (z plwociny dzieci po odrze), Vincenzi (ze stawu ręki przy objawach klinicznych podobnych do wąglika), Courmont (2 przyp. nietypowej gruźlicy płuc przy braku las. Kocha), Bettencourt (z wyrośli gruczołowatych jamy nosowogardłowej dziecka), Jurkiewicz (z plwocin chorych płucnych), traktować jako powodowane przez laseczkę rzekomogruźliczą. Znaczne wątpliwości co do własności chorobotwórczych szczepów wyhodowanych nasuwają się w przypadkach istnienia jednoczesnych wyraźnych klinicznych zmian gruźliczych (Malassez i Vignal, Legrain, Courmont).

Objawy kliniczne w grupie przypadków, które w większym lub mniejszym stopniu można przyczynowo powiązać z wyszczepioną laseczką rzekomogruźliczą, wypadają rozmaicie. Spostrzeżeń takich mamy w piśmiennictwie 10*). Spotykamy tu przeważnie ogólne zakażenia często z umiejscowieniem objawów i zmian anatomicznych w jamie brzusznej, zwłaszcza w dolnym odcinku jelita czczego oraz w kątnicy (Du Cazal i Vaillard, Hayem, Bridigi, Albrecht, Saisawa) lub też objawy ogólne zakażenia, nieokreślonego (Mazza i Tensi, Roman), bądź sprawy umiejscowionej przewlekłej (Weltmann i Fischer — przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego).

Olbrzymia większość tych przypadków została stwierdzona dopiero pośmiertnie przy badaniu sekcyjnem oraz bakterjologicznem zmian guzkowych w narządach (Du Cazal i Vaillard, Hayem, Bridigi, Henle, Wrede, Roman). Za życia stwierdzono nieliczne przypadki (Mazza i Tensi, Albrecht, Lorey, Saisawa, Weltmann i Fischer).

Z podanych w piśmiennictwie przypadków tylko dwa przeżyły, (Weltman i Fischer, Albrecht) reszta zakończyła się zejściem śmiertelnem. Fakt ten bynajmniej nie przemawia za wysoką zjadliwością las. rzekomogruźliczej dla ustroju ludzkiego i może być całkowicie zrozumiany i objaśniony o ile weźmiemy pod uwagę, że dotąd nie mamy jeszcze ustalonego wyobrażenia o własnościach i zdolnościach jej chorobotwórczych, skutkiem czego nie liczymy się z możliwością jej występowania. Stwierdza się przeważnie tylko te nieliczne przypadki, które się kończą zejściem śmiertelnem i zwracają uwagę przy badaniu anatomicznem, zaś schorzeń o przebiegu łagodniejszym nie rozpoznaje się — uchodzą one najprawdopodobniej z widnokręgu. Wobec takiego stanu rzeczy własności odpornościowe krwi chorych dotąd są nieznane, aczkolwiek, być może, mogłyby one w przypadkach o bardziej przewlekłym przebiegu ułatwić rozpoznanie i stwierdzenie zakażenia laseczką rzekomogruźliczą. W całem piśmiennictwie tej sprawie poświęconem tylko w dwu przypadkach badano własności zlepne surowicy krwi chorych. Saisawa wykonał w 8 dniu choroby z własnym szczepem z wynikiem ujemnym, oraz Albrecht, który otrzymał odczyn zlepny dodatni z własnym szczepem w rozcieńczeniu 1 : 1280.

*) W pracy świeżo ogłoszonej (Ztschr. f. Hyg. B. 101, s. 406) E. Fraenkel podaje 3 przypadki pośmiertnie stwierdzone u noworodków (2 dni, 4 dni, 10 tygodni) z umiejscowieniem zmian przedewszystkiem w wątrobie. We wszystkich przypadkach wyhodowano laseczki Gr +, posiadające własności chorobotwórcze i powodujące zmiany rzekomogruźlicze u gryzoniów. Gram — dodatniość laseczek oraz brak ich charakterystyki bakterjologicznej nie pozwala na włączenie do grupy las. rzekomogruźliczej w wyżej zaznaczonem pojmowaniu (*b. pseudotubercul. rodentium*). Sam Fraenkel zestawiając swoje laseczki z wyszczepianemi przez innych autorów wypowiada przypuszczenie o istnieniu samodzielnej, równoznacznej grupy Gr + las. rzekomogruźliczych.

Spostrzeżenia Bayer i Herrenschwand'a, dotyczące spraw zapalnych spojówki oka typu *conj. Parinaud*, w których wyszczepili oni laseczkę nazwaną rzekomogruźliczą (*b. pseudotubercul. rodentium*, której rola etjologiczna została przez autorów stwierdzona doświadczalnie), wobec pewnych jej cech odmiennych i niewłaściwych, nie upoważniają na razie do włączenia tych spostrzeżeń do szeregu spraw rzekomogruźliczych bez zastrzeżeń.

Jeśli teraz po ogólnej charakterystyce piśmiennictwa wyosobnimy przypadki w których natura drobnoustroju powodującego może być bez zastrzeżeń ustalona jako rzekomogruźlicza (*bac.* de Malassez-Vignal, *b. pseudotubercul. rodentium* Pfeiffer) stwierdzimy, iż są one bardzo nieliczne — 5 (Albrecht, Lorey, Saisawa, Weltmau i Fischer, Roman).

Ta okoliczność upoważnia mię do przedstawienia własnego spostrzeżenia, aczkolwiek niedość opracowanego pod względem klinicznym, posiadającego szereg ciekawych cech z punktu widzenia wyjaśnienia własności chorobotwórczych laseczki zekomogruźliczej.

Olga K. ur. 20. III. 1917 r., przedtem zupełnie zdrowa, chora od połowy lipca r. 1923; choroba rozpoczęła się stopniowo w postaci nieprawidłowej gorączki, potów, bólów głowy. Badanie w dniu 1. IX. 1923 wykazało wybitnie zaznaczoną bladość skóry i błon śluzowych, brak zmian chorobowych w sercu i płucach, gruczoły szyjne nieco powiększone. Odczyn Pirqueta ujemny: mocz zawiera bardzo wiele ciałek ropnych, komórek nabłonkowych płaskich oraz nabłonków miedniczek nerkowych, białko — ledwo dostrzegalne ślady. Stan gorączkowy przeciętnie utrzymywał się na poziomie 37,0–38,0°, występując okresowo (co 4–6 tygodni) w postaci kilkudniowych napadów ostrych (ciepłota do 39,0—40,0°), połączonych z ogólnem osłabieniem oraz bólami w okolicy nerkowej; w osadzie moczowym w okresie napadu nieliczne ciałka ropne, natomiast bezpośrednio po napadzie obfity ropomocz; innych objawów chorobowych nie spostrzegano. Dni o ciepłocie prawidłowej notowano wyjątkowo rzadko. Taki stan rzeczy trwał do lipca r. 1924 (a więc około roku), kiedy w stałej dotąd gorączce nastąpiła przerwa dwutygodniowa. Od sierpnia r. 1924 chora przestała gorączkować, wyjątkowo tylko występowały podniesienia ciepłoty do 37,5 do 38,0°. Od jesieni r. 1924 chora zaczęła uczęszczać do szkół. Obecnie (luty r. 1925) po półrocznej przerwie ponownie wystąpił ostry napad typu wyżej zaznaczonego. (Danych dotyczących przebiegu choroby łaskawie mi udzielił Dr. T. Pinkus).

Wobec przewlekłej natury cierpienia oraz braku wyraźnych zmian w ustroju lekarz ordynujący w lipcu r. 1924 skierował mocz chorej, jałowo otrzymany, do Zakładu Bakterjologji Uniwersytetu Poznańskiego dla zbadania na obecność las. gruźliczych. Mocz słabo mętny, c. g. 1013, odczyn kwaśny, ślady białka, innych części składowych patologicznych nie zawiera. W osadzie liczne ciałka ropne i Gram – ujemne laseczki na preparatach osadu po zadziałaniu antyforminą laseczek gruźliczych nie stwierdzono. Na zwykłych pożywkach zaszczepionych osadem moczu otrzymano w czystej, niemal, hodowli laseczki Gram — ujemne.

Jednocześnie śwince morskiej do otrzewnej zastrzyknięto zawiesinę osadu moczu chorej. W 9 dni po zastrzyku świnka padła nagle, aczkolwiek już przedtem chorowała. Badanie sekcyjne stwierdziło wylew krwi do jamy otrzewnej, wypełnionej krwią całkowicie. Po usunięciu krwi i skrzepów ustalono olbrzymią śledzionę (długą 6·5 cm, szeroką 2·5 cm) z licznemi rozmaitej wielkości, częstokroć zlewającemi się, guzkami barwy białawej; w części środkowej śledziony olbrzymi krwotok wewnątrz śledzionowy ze skrzepami, nad tym krwotokiem torebka pęknięta (przez to pęknięcie nastąpił wylew krwi do otrzewnej. Takie same guzki stwierdzono w innych narządach jamy brzusznej) wątroba, nerki, krezka, jelita, gruczoły krezkowe powiększone), oraz nieliczne w płucach. Ze krwi serca, ze śledziony, z wątroby, z żółci wyszczepiono identyczne Gram — ujemne laseczki.

Jeden guzek ze śledziony roztarto i zawiesinę w rozczynie fizjolog. soli kuchennej zastrzyknięto zdrowej śwince morskiej, która w 10 dni potem padła. Zmiany anatomiczne w tym przypadku zasadniczo odpowiadały wyżej zaznaczonym z tą różnicą, że guzki były drobniejsze. Badanie bakterjologiczne narządów dało czystą hodowlę laseczek Gram — ujemnych.

Równocześnie badanie bakterjologiczne szczepów z moczu, z pierwszej i drugiej świnki wykazało identyczność otrzymanych hodowli, których charakterystyka wypadła w sposób następujący: 1) morfologja: laseczki, grube, nieruchome, nie tworzące zarodników, nie barwiące się sposobem Grama i Ziehl-Neelsen'a, na preparatach z narządów oraz z hodowli barwią się wyraźnie biegunowo; w hodowlach płynnych początkowo tworzą równomierne zmętnienie, lecz po 2 dobach wytwarzają obfitą błonkę bez stalaktytów, opadającą przy wstrząśnięciu i tworzącą obfity osad, drobnowidowo wykazują ułożenie łańcuszkowe w hodowlach świeżych z 6—8 ogniw, w starszych (10 dniowych) do 20 i wyżej ogniw; na podłożach stałych obfity, szarawy, zlewający się nalot, przeźroczysty w świetle przenikającem; morfologja kolonij na żelatynie — okrągłe przeważnie, niekiedy o brzegach nieco falujących, barwy żółtawej z bardziej intenzywnie zabarwionym środkiem; głębokie kolonje posiadają zwykły kształt osełkowaty, zabarwione bardziej intenzywnie.

2) Biochemja: na pożywkach białkowych peptonizacji i peptolizy nie daje (żelatyny i surowicy nie rozrzedza, mleka nie zmienia, indolu, H_2S i HNH_3 nie tworzy); na pożywkach z krwią hemolizy oraz hemometarmofozy nie daje. Na pożywkach węglowodanowych gazu nie tworzy, na pożywkach płynnych z lakmusem zakwasza maltozę (po 3 dobach), glukozę i mannit (po jednej dobie, sacharozę bardzo słabo zakwasza (+) w ciągu pierwszych 2 dni, powracając następnie do zabarwienia pierwotnego, laktozy nie zmienia; mleka nie ścina, serwatkę mleczną alkalizuje po 3 dobach.

2) Biologja: tlenowiec względny; ogrzewanie przy 58° w ciągu godziny zabija. Odczyn zlepny dał wynik następujący — z surowicą durową ujemny, z surowicą paradurową A dodatni w rozcieńczeniu 1 : 200, z surowicą paradurową B dodatni w rozcieńczeniu 1 : 50. Surowica własna chorej O. K. zlepia wyhodowane szczepy w rozcieńczeniach od 1 : 640 do 1 : 1800.

4) Chorobotwórczość: przesącz hodowli płynnych nie powoduje u zwierząt żadnych objawów chorobowych. Świnki morskie zakażone do otrzewnej $^1/_{10}$–$^1/_{20}$ hodowli dobowej na agarze skośnym ginęły po 9–10 dniach wykazując zmiany anatomiczne guzkowe; szczury białe dootrzewnowo $^1/_{10}$—$^1/_{20}$ hodowli dobowej na agarze ginęły po 6–8 dniach ze zmianami guzkowemi, zakażone $^1/_4$ hodowli ginęły w rozmaitych odstępach czasu — od 12 godz. — 3 dni wykazując zmiany anatomiczne posocznicze (częstokroć wysięk krwawy w opłucnej; z 10 szczurów zakażonych $^1/_4$ hodowli tylko jeden wyżył nie wykazując żadnych objawów chorobowych); u szczurów zakażonych dootrzewnowo niemal stale występowało zapalenie okołojądrowe (*periorchitis*). U świnek morskich i szczurów białych ze wszystkich narządów wyszczepiano hodowle. Myszy białe zakażone dootrzewnowo $^1/_{10}$ hodowli dobowej ginęły w 3—5 tygodni; zmiany anatomiczne przedstawiały wielkie szaro-żółte guzy we wszystkich płatach płuc.

Karmione hodowlami świnki morskie i myszy białe nie dawały żadnych objawów chorobowych oraz zabite po 5 tygodniach nie miały zmian anatomicznych; z 4 szczurów białych zginął 1 po 5 tygodniach, nie dając przy badaniu anatomicznem żadnych zmian rzekomogruźliczych w narządach. Zjadliwość szczepów zbadana w 4 mies. po wyszczepieniu nie uległa zmianie.

Badanie histologiczne dokonane przez Dra W. Węsława w Zakładzie Anatomji Patologicznej Uniw. Poznańskiego (dyr. prof. dr. Skubiszewski) dało wynik następujący: » I. Świnka morska: 1) wątroba: a) makroskopowo: na torebce i powierzchni przekroju widoczne są okrągłe, białe lub szarawe, nieco wystające ogniska, wyraźnie ograniczone, wielkości od ziarna maku do ziarna prosa przypominające nieco gruzełki; b) mikroskopowo: budowa narządu jakby rozstrzęsiona, zaródź komórek wątrobowych ćma, ziarnista, jądra barwią się nierównomiernie, częstokroć b. słabo. W wielu z tych komórek, szczególnie w okolicy *v. centralis* widzimy większe i mniejsze okrągłe jasne twory nakształt wodniczek, gęsto wypełniające zaródź (luki po wypłukanym tłuszczu). Twory makroskopowo przedstawiające się jako gruzełki pod drobnowidem mają wygląd dość wyraźnie odgraniczonych ognisk, składających się przeważnie z 3 części; w środku tych ognisk widzimy martwicę koagulacyjną i karjolityczną komórek wątrobowych, dalej na obwodzie spotykamy znaczne skupienia leukocytów o płatowem jądrze znajdujących się częściowo w stanie rozpadu i otaczających opisaną część środkową; nareszcie na samym obwodzie widzimy okrężnie przebiegające pasemka młodych fibroblastów, jakby otorbiających całe ognisko. Niektóre z tych ognisk nie posiadają środkowej części martwicowej. Wszystkie te ogniska są rozrzucone bezładnie w miąższu wątroby. W ich otoczeniu pomiędzy beleczkami komórek wątrobowych widzimy nieliczne leukocyty płatojądrzaste oraz czasami duże okrągłe komórki, przeważnie o licznych ciemnobarwiących się jądrach i obfitej zarodzi jaskrawo barwiącej się eozyną. Dookoła przewodzików żółciowych występują nieliczne nacieki z limfocytów.

2) Płuco: a) makroskopowo na powierzchni przekroju widzimy biało szarawe ogniska nieco wystające, ziarniste, o kształtach nieregularnych, czasami zlewające się; b) mikroskopowo stwierdzamy, że pęcherzyki płucne na znacznych odcinkach są wypełnione przez leukocyty o płatowem jądrze, złuszczone komórki nabłonka płucnego oraz nieliczne limfocyty. W niektórych miejscach pęcherzyki płucne mają światło wolne lub zawierają ścięte białko płynu obrzękowego. Nabłonek oskrzeli obficie łuszczy się, w ich świetle widzimy mniej lub więcej liczne leukocyty płatojądrzaste oraz treść śluzową; dookoła oskrzeli nacieki z limfocytów czasem dość znaczne. Naczynia większe i włosowate są rozszerzone i przepełnione krwinkami czerwonemi oraz leukocytami o płatowem jądrze. Rozpoznanie: *Bronchopneumonia*.

II. Szczur biały. 1. Śledziona: a) makroskopowo na torebce guzki zupełnie podobne do opisanych wyżej w wątrobie świnki morskiej; b) mikroskopowo: stwierdzamy guzki na torebce składające się z leukocytów o płatowem jądrze, częściowo w stanie rozpadu (martwica karjorektyczna. Od miąższu śledziony te ogniska są odgraniczone pasemkami młodej tkanki łącznej, od strony zaś powierzchni narządu niczem nie ograniczone i rozpadające się. W samym miąższu śledziony widzimy gdzieniegdzie ogniska martwicy karjolitycznej niewyraźnie ograniczone i otoczone pasem przekrwienia. Oprócz tego w miąższu śledziony są rozsiane leukocyty o jądrze płatowem najliczniej występujące w otoczeniu ciałek Malpighi'ego, wykazujących znaczne powiększenie. Rozpoznanie: *Abscessus miliaris multipl. subcapsulam. Necroses multipl. et tumor septicus.*

2) Płuco: a) makroskopowo obraz w zupełności podobny do wyżej opisanego w płucu świnki morskiej; b) mikroskopowo: pęcherzyki płucne prawie na całej przestrzeni z wyjątkiem niektórych odcinków są wypełnione przez krwinki czerwone i leukocyty płatojądrzaste oraz mniej liczne limfocyty i komórki złuszczonego nabłonka płucnego. Wokoło większych oskrzeli i naczyń krwionośnych widoczne są ogniskowe nacieki w postaci guzków składające się z limfocytów i pojedynczych komórek plazmatycznych. W niektórych pęcherzykach płucnych stwierdza się treść obrzękową. Nabłonek oskrzelowy w wielu miejscach złuszczony i wykazuje zmiany śluzowe. W świetle oskrzeli widzimy oprócz tego pojedyncze erytrocyty i leukocyty o jądrze płatowem. Naczynia krwionośne rozszerzone i przepełnione krwinkami czerwonemi i leukocytami o jądrze płatowem. Rozpoznanie: *Pneum. lobularis (bronchopneumonia) haemorrhagica.*

III. Mysz biała. Makroskopowo i mikroskopowo zmiany zupełnie analogiczne do opisanych w płucu szczura.

Z powyższych danych histologicznych można wysnuć wniosek, że przy zakażeniu gryzoni występuje u nich podostra forma ropnicy (pyaemia) przy której pomimo tworzenia się w narządach drobnych otorbionych ognisk o charakterze ropni występuje zapalenie płuc oskrzelikowe (zrazikowe) niekiedy o charakterze krwotocznym. Dokładne wyjaśnienie istoty zmian histopatologicznych wymaga dalszych badań doświadczalnych obecnie rozpoczętych, wynik których będzie stanowił treść pracy specjalnej.

Uwzględniając całokształt faktów osiągniętych, poddane badaniu szczepy należy określić jako rzekomogruźlicze (b. de la tuberculose zoogléique Mallassez et Vignal, *b. pseudotuberculosis rodentium* Pfeiffer). Rozpoznawanie różniczkowe nie napotyka trudności, gdyż w grę pod tym względem mogłaby wchodzić tylko las. dżumy. Otrzymany szczep laseczki rzekomogruźliczej przedstawia się naogół typowo z wyjątkiem zdolności zakażenia zwierząt doświadczalnych przez pokarm, czego w żadnym przypadku nie dało się osiągnąć, oraz wysokiej wrażliwości szczurów białych na zakażenie dootrzewnowe. Ten ostatni fakt przeciwstawia się przeważającemu poglądowi o ich zupełnej niewrażliwości na zakażenie las. rzekomogruźliczą (Złatogorow, Jurkiewicz, Komisja Indyjska) aczkolwiek istnieją spostrzeżenia przeciwne (Weltmann i Fischer, Messerschmidt i Keller) Własności chorobotwórcze dla świnki morskiej utrzymują się w granicach ustalonych, natomiast dla myszy białych bardzo słabe. Zmiany anatomiczne i histologiczne, których szczegółów nie będę omawiał, przedstawiają się charakterystycznie.

Stwierdzając wyszczepienie z moczu chorej na zapalenie miedniczek nerkowych las. rzekomogruźliczej nie przesądza się przez to jej własności chorobotwórczych i jej roli przyczynowej w danym przypadku. Uwzględniając możliwość przypadkowej jej obecności w drogach moczowych jako zakażenia wtórnego, przypuszczenie o roli przyczynowej szczepów wyhodowanych należało uzasadnić.

W tym celu poddałem badaniu własności odpornościowe surowicy chorej. Niestety, z powodów niezależnych odemnie, nie miałem możności wykonania wszechstronnego badania, gdyż tylko jeden raz otrzymałem 2 cm sz. krwi. Odczyn zlepny wykonany z surowicą chorej wykazał, że zlepia ona szczepy wyhodowane z moczu, ze świnki morskiej i ze szczura przy znacznych rozcieńczeniach:

szczep z moczu w rozcieńczeniu 1 : 640
szczep ze śledziony świnki morskiej 1 : 1600
szczep ze śledziony szczura białego 1 : 1800.

Kontrola odczynu zlepnego w przeciwstawieniu do Bachmann'a, zaprzeczającego odczynowi zlepnemu przy zakażeniach rzekomogruźliczych wszelkiej wartości wobec stale występującego zlepiania samoistnego, wypadła bez zarzutu.

Jednocześnie odczyn zlepny ze szczepami duru brzusznego, paratyfusów A i B wypadł dodatnio tylko w rozcieńczeniach do 1 : 50.

Tak znaczne rozcieńczenia dodatniego odczynu zlepnego, upoważniają do uznania w danym przypadku las. rzekomogruźliczej za czynnik chorobotwórczy związany przyczynowo ze sprawą chorobową dróg moczowych. Faktów powtórnego wyszczepienia las. rzekomogruźliczej z moczu jałowo pobranego oraz obecności wysokiego miana zlepnego surowicy chorej w stosunku do szczepu własnego wystarczy, aby uznać znaczenie jego chorobotwórcze.

Co do sposobu zakażenia się i patogenezy danego przypadku trudno wypowiedzieć się stanowczo, wolno jednakże, biorąc pod uwagę wysokie miano zlepne, przypuszczać, że czynnik chorobotwórczy w toku sprawy chorobowej nie pozostawał wyłącznie na błonie śluzowej dróg moczowych, lecz zetknął się i krążył z krwią. W ten sposób sprawa rzekomogruźlicza mogłaby powstać przez umiejscowienie tam drobnoustroju krążącego pierwotnie we krwi. Co do drogi zakażenia, to biorąc pod uwagę doświadczenia Ramon na zwierzętach oraz dane patologo-anatomiczne w przypadkach du Cajal et Vaillard, Hayem, Bridigi, Albrecht, Saisawa przedewszystkiem należy mieć na uwadze zakażenie przez przewód pokarmowy. Drogi oddechowe niewątpliwie też mogą mieć znaczenie zwłaszcza ze względu na ustalone fakty obecności las. rzekomogruźliczej w plwocinach (Manfredi, Legrain, Bettencourt, Jurkiewicz) osobników zdrowych lub chorych.

Zakażenia rzekomogruźlicze w patologji ludzkiej nie posiadają dotąd większego znaczenia praktycznego. Nawet przy bardzo łagodnem potraktowaniu nagromadzonego materjału nie przenoszą one ilościowo kilkunastu, zaś tylko kilka można uznać za należycie uzasadnione. Ze spostrzeżeń tych nie można ustalić typu klinicznego zakażenia rzekomogruźliczego, aczkolwiek dotąd przeważnie chodziło o zakażenia ogólne ostre o przebiegu ciężkim, niekiedy typu durowego. Nie dowodzi to jednakże wcale znikomej roli las. rzekomogruźliczej w szeregu czynników chorobotwórczych. Gdy weźmiemy pod uwagę stwierdzoną obecność las. rzekomogruźliczej w naszem otoczeniu (mleko — Parietti, wodzie wodociągowej i ścieków — Chantemesse, Grancher, Ledoux-Lebard, nastój siana — Lignière, powietrze, ziemia, możliwość zakażenia przez koty pożerające chore myszy i szczury Albrecht), gdy większą uwagę skierujemy na możliwość jej udziału w sprawach chorobowych zakaźnych, może nie będziemy jej traktowali, jako nieszkodliwego, z punktu widzenia patologji ludzkiej drobnoustroju.

Wnioski:

1) Zakażenie rzekomogruźlicze może mieć przebieg przewlekły z umiejscowieniem w drogach moczowych.

2) W toku przewlekłego zakażenia rzekomogruźliczego może wytworzyć się wysokie miano zlepne dla szczepu własnego. Odczyn zlepny nabiera przez to wartości rozpoznawczej.

Piśmiennictwo.

Albrecht: W. K. W. 1910, N 27, 991. — Bachmann: Ctrlb. f. Bakt. I. T. Orig. Bd. 87, H. 3. 1921. — Bettencourt: Archivos di medic 1897, T. I, N 9 (wedł. Baumgartens Jahresber. 1897 Bd. XIII). — Bridigi: Gaz. degli osped. Vol. XIV. 1893 (wedł. Saisawa). — Bayer u. Herrenschwand: Arch. f. Ophtalm. B. 98, 1919. — O. Bujwid i N. Kostanecki: Przegl. Lekarski 1898 N 43-44. — Chantemesse: Ann. Past. T. I. 1887, 97. — Cazal et Vaillard: Ann. Past. T. V. 353, 1891. — Courmont J.: Compt. Rend. de la Soc. de Biol. 1889. 215 (wedł. Poppe). — Courmont P.: Comp. Rend. de la Soc. de Biol. 1897, N. 35, 970. — Dopter et Saaquépée: Precis de bacteriologie Paris 1914. — Eberth: Fortschr. d. Medizin. 1885, N 22. — Virchow's: Arch. 1885, Bd. 100 i 1886 Bd. 103. — Gallavielle: Compt. Rend. de la Soc. de Biol. 1898, p. 492 i 1005. — Galli-Valerie: Ctrlb. Bakt. I. Abt. Orig. Bd. 33, 1903. — Grancher et Ledoux-Lebard: Arch. de méd. et per 1889, N 5. — Hayem: Le Sem Medic 1891, N 35, p. 285. — Henle: Arb. a. d. pathol. Inst. in Göttingen. 1903, s. 143 (według Saisawa).—Jurkiewicz: Rozpr. doktorska Ptrsb. 1911.— Legrain: Le Bull. Médic. 1891, N 89, 1019 (wedł. Ctrlb. f. Bakt. XII, 873, 1892). — Lignieré: Bull. de la soc. centr. de méd. vét 1898, 193 (wedł. Poppe). — Lorey: Ztschr. f. hyg. Bd. 63, 1911. — Malassez et Vignal: Arch. de physiol. norm. et pathol. 1883, T. II.—Mazza i Tensi: Gaz. Med. di Torino·

Vol. 47, N 17—18 (wedł. Baumgart. Jahresber. B. XII, 479, 1896.— Manfredi: Frtsch. d. Mediz. 1886, N 22 (wedł. Saisawa). — Messerschmidt u. Keller: Ztsch. f. hyg. Bd. 77, 1914. — Nocard: Ann. Past. T. X, 609, 1896. — Parietti: Ctrlb. f. Bakt. Bd. VIII. 577, 1890. — Pfeiffer Ueber die bazill. Pseudotuberkulose bei Nagetieren Lpz. 1889. — Poppe Pseudotuberkulose w Kolle-Waserm. Handb. d. pathog. Mikrorg. T. V. 1913, Fischer Jena. — Ramon G.: Ann. Past. 1914 N 6. — Roman B. Virch. Arch. Bd. 222, 1916. — Saisawa: Ztsch. f. hyg. Bd. 73, 1913 (2 prace). — Vinzenzi: Ctlbl. f. Bakt. I Abth. Orig. Bd. 44, 391, 1907 oraz Bd. 50, 2, 1909. — Weltmann u. Fischer: Ztsch. f. hyg. Bd. 78, 1914. — Wrede: Ziegl. Beitr. 1902. Bd. 32, s. 526: Złatogorow: Ctrlb. f. Bakt. Bd. 37, 1904. Russkij Wracz 1904, Patoczka łożnago tuberkulieza gryzunow, w podręczniku zbiorowym Uczenije o mikroorganizmach pod red. S. Złatogorowa T. III. str. 681, 1917 r.

A. DOBRZANSKI, Lwów.
H. LENARTOWSKI.

O stosowaniu lipjodolu w diagnostyce roentgenologicznej schorzeń jam szczękowych.

Z kliniki oto-laryngologicznej U. J. K. we Lwowie, Dyr. Prof. Dr. T. Zalewski
i z pracowni roentgenologicznej szpitala powszechnego we Lwowie: Prymarjusz Dr. T. Vrabetz.

Diagnostyka schorzeń jamy szczękowej napotyka niejednokrotnie na trudności, ponieważ objawy kliniczne je charakteryzujące często występują niewyraźnie. Podnieść bowiem należy, że bóle głowy, bóle w okolicy danej jamy szczękowej, obrzęk widoczny zewnątrz czy też przy badaniu jamy nosowej, powiększenie muszli nosowych i gromadzenie się wydzieliny ropnej w jamie nosowej nie są objawami, które pozwoliłyby w każdym przypadku z całą ścisłością rozpoznać schorzenia jamy szczękowej. W rozpoznawaniu schorzeń jam szczękowych roentgenologja przyniosła nam znaczny postęp; jesteśmy bowiem w stanie określić wielkość, kształt i powierzchność jamy szczękowej. Na radjogramie możemy odczytać, czy dana jama szczękowa jest mniej powietrzna niż odpowiednia drugiej strony, czyli jak mówimy jest zaciemniona, albo też czy obie jamy szczękowe są mniej powietrzne względnie zaciemnione w porównaniu z takiemiż jamami przypadków prawidłowych.

Zaciemnienie jamy szczękowej na radjogramie może mieć różne przyczyny. Jama szczękowa może być mianowicie:

1) mało rozwinięta,
2) wypełniona cieczą (surowiczą lub ropną),
3) wyścielona zgrubiałą śluzówką,
4) wypełniona guzem dobrotliwym lub złośliwym,
5) przysłonięta przez zmiany chorobowe toczące się w sąsiedztwie.

Oczywista rzecz ma duże znaczenie rozpoznawcze także wysycenie cienia, które będzie n. p. większe w razie obecności guza w jamie szczękowej aniżeli w przewlekłem ropnem zapaleniu tejże. Mimo to jednak w razie zaciemnienia jamy szczękowej trudno określić, z jaką sprawą chorobową ma się do czynienia. Brak więc sposobu różniczkowania zaciemnienia jamy szczękowej na radjogramie daje się oddawna odczuwać, dlatego też niektórzy autorowie starali się wprowadzić środki kontrastowe celem wypełnienia jamy szczękowej lub torbieli zębowych w jej okolicy. I tak Feuchtinger w roku 1921 ogłosił przypadek torbieli zębowej, którą wypełnił 5% roztworem protargolu przez przetokę w wyrostku zębodołowym i uzyskał przez to dokładny obraz tejże na radjogramie a mianowicie jej wielkość, kształt i położenie. Próbowaliśmy tego sposobu w podobnym przypadku, okazał się jednak niedogodnym z tego względu, że mimo zatamponowania przetoki część płynu rozlała się w jamie ustnej, część była wessana przez tampon, a obraz cienia był niewyraźny. Włoscy autorowie Brunetti i Filipini podali do wypełnienia jam szczękowych 15% roztwór jodku potasu, oraz roztwór baru w gumie, a Francuzi Reverchon i Worms, omawiając ubiegłego roku w Paryżu na zjeździe otjatrów i laryngologów znaczenie lipjodolu w otolaryngologji, podkreślają jego wartość jako znakomitego środka rozpoznawczego w schorzeniach jamy szczękowej.

Lipjodol-Lafay płyn oleisty, ciemno-żółty i przeźroczysty, wprowadzony do diagnostyki płuc przez Sicard'a i Forestier'a znalazł już na tem polu, jakoteż w diagnostyce narządu nerwowego centralnego szerokie zastosowanie.

Dla stwierdzenia jego znaczenia w rozpoznawaniu schorzeń jamy szczękowej, wykonaliśmy szereg zdjęć w przypadkach prawidłowych i patologicznych.

Chcąc wprowadzić lipjodol do jamy szczękowej, mielibyśmy do wyboru dwie drogi, a mianowicie ujście jej naturalne, znajdujące się w miejscu niedogodnem, bo wysoko popod muszlą średnią, a w przypadkach patologicznych trudno dostępne z powodu przerostu muszli; lub też nakłucie pod muszlą dolną.

Nakłucie jamy szczękowej wykonywujemy za pomocą grubej igły lub trójgrańca Krauzego, najczęściej od strony jamy nosowej w celu stwierdzenia obecności ropy.

Dla wprowadzenia lipjodolu wybraliśmy otwór po typowem nakłuciu jamy szczękowej od strony jamy nosowej, przez który wprowadzaliśmy pojedynczą rurkę do przepłukiwań połączoną ze strzykawką Rekorda wypełnioną lipjodolem, lub też przez przetokę w zębodole w razie jej obecności. W przypadkach operowanych radykalnie metodą Luc-Caldwella wprowadzaliśmy lipjodol przez otwór pooperacyjny od strony jamy nosowej. Do wypełnienia jamy szczękowej potrzebna jest ilość około 4—6 cm^3 lipjodolu. Po wprowadzeniu lipjodolu tamponowaliśmy dolny przewód nosowy gazą napojoną oliwą lub parafiną. Chory powinien w czasie zabiegu znajdować się w pozycji leżącej z głową pochyloną w stronę wypełnionej jamy.

Zdjęcia roentgenowskie wykonywaliśmy stale w typowej projekcji tylno przedniej, to znaczy chory był ułożony twarzą do kliszy; nadto w niektórych przypadkach posługiwaliśmy się zdjęciem w projekcji osiowej, gdzie kliszę wkładamy pod silnie wyciągniętą brodę chorego. Po wykonaniu zdjęcia usuwaliśmy tampon z nosa, a lipjodol częściowo wypływał na zewnątrz, częściowo ściekał do gardła, skąd chorzy go wykrztuszali, częściowo zaś wsysał się w jamie.

Wszyscy chorzy znosili zabieg ten doskonale.

Nie widzieliśmy żadnych objawów podrażnienia, ani miejscowych ani ogólnych. Jeśli uwzględnimy dużą zawartość jodu w lipjodolu, bo 0·54 gr w 1 cm^3 to można przypuścić, że działa on także leczniczo jako środek bakterjobójczy. Prócz lipjodolu próbowaliśmy również wypełniać jamę szczękową 20% jodipiną Mercka, cień na radjogramie był jednak niewyraźny wobec czego zaniechaliśmy używania tego środka.

Odczytując radjogram prawidłowej jamy szczękowej, wypełnionej lipjodolem, widzimy *dokładny, silnie wysycony, ostro się odznaczający i gładko konturowany odlew światła* jamy szczękowej.

Zdjęcie (Ryc. 1) wykonaliśmy na zwłokach, przyczem następnie mogliśmy stwierdzić zupełnie prawidłowe warunki badanej jamy, otwarłszy ją od strony *fossa canina.*

Inaczej przedstawia się cień lipjodolu na radjogramach przypadków patologicznych.

W przypadkach *przewlekłego ropienia* jamy szczękowej z przerostem śluzówki, względnie powstałemi z niej polipami, *cień lipjodolu był mniejszy, nieregularny, o nierównych brzegach,* wykazując *większe lub mniejsze ubytki przybrzeżne.* Przy operacji radykalnej tych przypadków mogliśmy stwierdzić, że nierówności i ubytki przybrzeżne cienia lipjodolu spowodowane były zgrubieniami śluzówki wyścielającej jamę szczękową, względnie obecnością polipów jamy szczękowej, które często przewlekłemu ropieniu tejże towarzyszą. Nie ulega więc wątpliwości, że opisany wyżej obraz cienia lipjodolu na radjogramie w przypadkach przewlekłego ropienia jamy szczękowej może decydować o konieczności wykonania radykalnej operacji.

W przypadkach *guzów* wypełniających jamę szczękową na radjogramie w przyciemnionej jamie szczękowej widoczne były *drobne wysepki rozrzucone nieregularnie* wprowadzonego lipjodolu. W przypadku zaś rozległego guza jamy nosowej prawej (*papilloma nasi)* w którym wobec zaciemnienia jamy

szczękowej prawej można było przypuszczać, że guz wypełnia także jamę szczękową, wprowadzony lipjodol pozwolił nam stwierdzić, że prawa jama szczękowa w całości się wypełniła, a cień lipjodolu wykazywał przybrzeżne nierówności t. j. polipowate zgrubienie śluzówki, co operacyjne otwarcie jamy szczękowej w zupełności potwierdziło.



Rycina 1.

Wreszcie w przypadku *torbieli zębowej* rozpoznanie pewne moglibyśmy postawić dopiero po wprowadzeniu lipjodolu przez przetokę w zębodole, gdyż obraz cienia lipjodolu dał nam w przypadku tym całkowite wyjaśnienie stosunków anatomicznych. Otrzymaliśmy bowiem na radjogramie *owalny nieco wydłużony cień, wpuklający się od dołu w jamę szczękową*, lecz ostro od niej odgraniczony. Połączenia z jamą szczękową cień lipjodolu nie wykazywał. *Operacja* wykonana sposobem P a r t s c h a w zupełności potwierdziła nasze przypuszczenia, znaleźliśmy bowiem torbiel wielkości orzecha włoskiego, o gładkich ścianach, wypuklającą się do jamy szczękowej i z nią nie komunikującą.

Dla przykładu przytoczymy kilka krótkich wyciągów historji chorób badanych przypadków, najbardziej charakterystycznych:

1) Chora M. S. pozostawała w leczeniu *z obustronnem przewlekłem ropieniem jam sitowych i szczękowych.* Zdjęcie roentgenowskie wykazało zaciemnienie obu jam szczękowych. Bóle i obfitość wydzieliny ropnej więcej były nasilone po stronie prawej, nakłucie zaś prawej jamy szczękowej stwierdziło obecność ropy. Zdjęcie z jodipiną dało obraz niewyraźny. Zdjęcie z lipjodolem wykazuje, że jama szczękowa nie daje się całkowicie wypełnić, cień lipjodolu jest nieregularny, nie odpowiadający światłu prawidłowej jamy szczękowej oraz wykazuje ubytki przybrzeżne. (Ryc. 2).

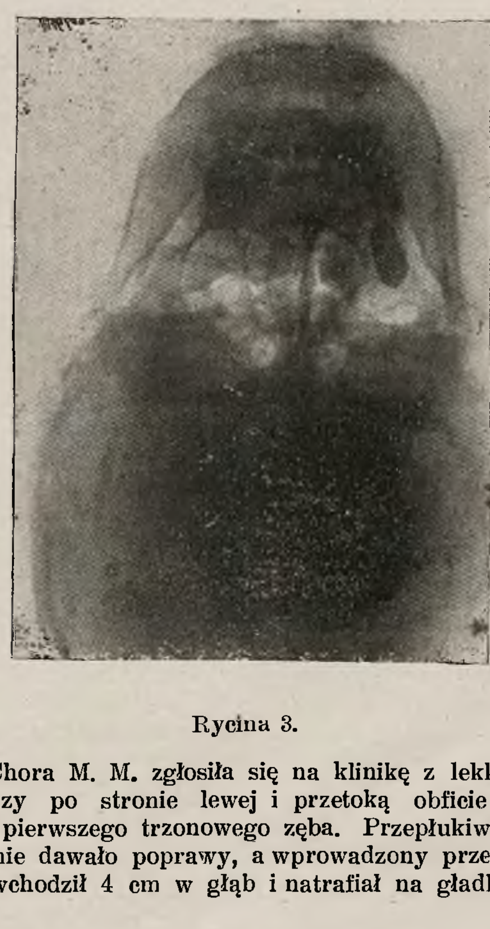
Przy *operacji* wykonanej sposobem L u c - C a l d w e l l a mogliśmy stwierdzić polipowate zgrubienie śluzówki. Zdjęcie z lipjodolem wykonane po operacji wykazuje dużą jamę o gładkich brzegach.

2) Chory F. T. pozostaje w leczeniu z powodu *brodawczaka jamy nosowej* prawej *(papilloma durum nasi)*, który operacyjnie usunięto. Miewał silne ataki bólów w prawej połowie twarzy i ropną wydzielinę w prawej jamie nosowej się gromadzącą. Zdjęcie roentgenowskie wykazało zaciemnienie prawej jamy szczękowej; nakłucie pozwoliło stwierdzić ropę. Można było mieć wątpliwości czy brodawczak nie wypełnia też jamy szczękowej. Zdjęcie z lipjodolem wykazało, że jama szczękowa daje się w zupełności wypełnić, lecz cień lipjodolu miał brzegi nierówne. Przy operacji sposobem L u c - C a l d w e l l a znaleziono zgrubienia śluzówki dość znacznego stopnia, brodawczaka jednak nie było. Zdjęcie wykonane po operacji wykazuje obszerną jamę szczękową o gładkich konturach.



Rycina 2.

3) Chory K. W. operowany dwukrotnie z powodu *włókniaka (fibroma molle)* wypełniającego jamę nosową, gardłowo-nosową, szczękową a najprawdopodobniej sitową i czołową, zgłosił się po raz trzeci z powodu *nawrotu* i pozostaje w leczeniu naświetlaniami promieniami Roetgena. Jama szczękowa w tym przypadku nie daje się wypełnić lipjodolem mimo, że komunikacja z jamą nosową jest dostateczna dla wprowadzenia rurki; tylko bardzo skąpe, rozrzucone wysepki zdołały wejść do jamy, ponieważ reszta światła jej wypełniona jest przez guz.



Rycina 3.

4) Chora M. M. zgłosiła się na klinikę z lekkim obrzękiem twarzy po stronie lewej i przetoką obficie ropiejącą w miejscu pierwszego trzonowego zęba. Przepłukiwanie przez przetokę nie dawało poprawy, a wprowadzony przez przetokę zgłębnik wchodził 4 cm w głąb i natrafiał na gładkie ściany.

Miało się wrażenie, że przetoka prowadzi do jamy szczękowej lewej, mimo, iż ropienia w nosie nie stwierdzało się, lecz tylko lekkie wypuklenie bocznej ściany nosa. Wprowadzony przez przetokę lipjodol pozwolił nam stwierdzić na radjogramach wykonanych w projekcji tylno-przedniej i osiowej obecność torbieli zębowej wielkości orzecha włoskiego, wpuklającej się do jamy szczękowej i zajmującej dolną część jej światła, lecz z nią nie komunikującej. Reszta bowiem jamy jest jasna i lipjodolem wypełnić się nie daje.

Operacja wykonana sposobem Partscha potwierdziła nam w zupełności obraz otrzymany na zdjęciach z lipjodolem.

Zestawiając nasze spostrzeżenia nad stosowaniem lipjodolu w rozpoznawaniu schorzeń jam szczękowych, uważamy za wskazane wprowadzanie lipjodolu do jamy szczękowej dla wykazania zgrubień błony śluzowej i obecności polipów przy przewlekłem ropieniu, oraz dla wykazania guzów jamy szczękowej.

Nadto przy pomocy lipjodolu będziemy mogli stwierdzić na radjogramie kształt i wielkość torbieli zębowych, oraz ich ewentualną komunikację z jamą szczękową; wreszcie wypełniając przetoki prowadzące na zewnątrz n. p. na policzku będziemy mogli określić ich stosunek do jamy szczękowej.

Z praktyki.

Dr. Marjan MIENICKI, Wilno.
adjunkt Kliniki dermatologicznej.

Przypadek słoniowatości nabytej powiek.

Z kliniki Dermatologicznej Uniwersytetu S. B. w Wilnie.
Dyrektor: Prof Dr. Z. Sowiński.

Do nader rzadkich spraw chorobowych spostrzeganych na powłoce skórnej twarzy należy słoniowatość nabyta. W ostatnim 50-ciu leciu przypadków takich w piśmiennictwie spotykamy zaledwie około 30.

Do najnowszych spostrzeżeń należy zaliczyć przypadek opisany przez Fage'a dotyczący pewnego młodzieńca 22 lat u którego wystąpiły zmiany na powiekach górnych i dolnych w postaci obrzęku w 17-tym roku życia po kilkakrotnie powtarzającej się róży.

Tenże autor w roku 1892 opisał słoniowatość u kobiety u której pierwsze obrzęki uwidoczniły się po przebytej róży podczas perjodu w 12-tym roku życia.

Stany zapalne, a w szczególności róża w okolicy twarzy mają wpływ na rozwój słoniowatości w tych miejscach. Delbanco przypuszcza, że drobnoustroje chorobotwórcze obecne w tkance, podrażniając ją w tym lub owym stopniu, przyczyniają się poniekąd do jej rozrostu. Z innych momentów powodujących to cierpienie należy wymienić objawy zastoinowe w naczyniach chłonnych (Schreiber) urazy, oraz okres dojrzewania płciowego osobnika.

Czy słoniowatość pozostaje w jakimkolwiek związku z kiłą jak twierdzi Eichhorst, dotąd ustalić nie dało się.

Niektórzy badacze, jak n. p. Moncorvo i Van-Duyse sądzą, że jeszcze w życiu zarodkowem kształtuje się pewne usposobienie do słoniowatości i że tylko występuje ona w przyszłości pod wpływem różnych bodźców zewnętrznych. Obecnie jednak przeważa zdanie, że ten stan chorobowy może być nabytym i rozwinąć się w wieku późniejszym. Co się tyczy płci to według spostrzeżeń nabytą słoniowatość twarzy rzadziej spotykamy u kobiet niż u mężczyzn (Luithlen). Zdaniem zaś Darier'a, Terson'a, Fage'a płeć w tych przypadkach nie gra żadnej roli.

Przy różniczkowaniu mogą się nastręczać trudności w odróżnianiu słoniowatości od zwykłego obrzęku twarzy, lecz przy tym ostatnim brak wiotkości oraz uczucia lepkości przy dotyku. Podług Teillais przy nakłuciu *elephant. nostr.* wydziela się duża ilość płynu surowiczego, co ułatwia odróżnienie tej choroby od *elephant. limphangiectodes.* Najbardziej trudnem jest wykluczenie niektórych spraw zapalnych na twarzy Często zdarza się, że słoniowate zgrubienie powstaje wskutek przewlekłych chorób skóry, tworzenia się wrzodów lub innych długotrwających spraw i znika po ustąpieniu tych stanów chorobowych; dlatego też w niektórych razach nie stwierdza się istnienia i rozrostu elementów łączno-tkankowych, co większość badaczy uważa za patognomoniczne dla słoniowatości. Wreszcie można wykluczyć opisywane przypadki »*érisipèle persistante de la face*«, w których zmiany chorobowe również mogą się ograniczać do powiek; jednak tu na miejscach obrzęków skóra jest gładka, lśniąca, czerwona, jednocześnie towarzyszy uczucie napięcia oraz pieczenia, które to objawy przypominają chorobę Quinque'a.

Co się tyczy obrazu histopatologicznego, to mamy tu zazwyczaj przerost tkanki łącznej w warstwie skóry właściwej i nacieczenie okołonaczyniowe. Światło naczyń krwionośnych rozszerzone, czasem zatkane skrzepliną; prócz tego rozszerzenie naczyń chłonnych, zgrubienie błony zewnętrznej naczyń chłonnych i żylnych. Nabłonek zazwyczaj zmian prawie żadnych nie przedstawia. Jednak w pewnym przypadku opisanym przez Wernk'a grubość skóry wynosiła zamiast 3 mm 11 mm.

Przypadek obserwowany na naszej klinice zasługuje na zainteresowanie ze względu na rzadkie umiejscowienie jak również i dlatego że rzuca pewne światło na etjologję tego cierpienia.

Chora Sara P., izraelitka, uczenica szkoły kroju i szycia w wieku lat $14^1/_2$. Cierpieniem z powodu którego zgłosiła się do kliniki był obrzęk powiek- szpecący twarz.

Ojciec zmarł przed 2 laty, matka i rodzeństwo zdrowe. W r. 1918 chora przechodziła dur wysypkowy. W r. 1924 jak twierdzi chora i jej matka, miała różę na twarzy, która po leczeniu ustąpiła, a przed 6 miesiącami powtórzyła się.

Tym jednak razem aczkolwiek objawy okresu ostrego ustąpiły pozostał obrzęk, a zwłaszcza powiek górnych i dolnych. Wszelkie zabiegi lecznicze jakie u chorej stosowano pozostały bez skutku.

Pierwsze miesiączki u chorej rozpoczęły się przed $^1/_2$ rokiem — poczem w ciągu 4-ch miesięcy nie było. Obecnie przebieg jest prawidłowy (bez bólu 3—4 dni). Nie dało się ustalić czy pierwsza miesiączka była w związku przyczynowym z początkiem cierpienia.

Również chora nie zauważyła, ażeby dalsze miesiączki okazywały jaki wpływ ujemny na przebieg choroby. Na żadne dolegliwości nie uskarża się.

Chora wzrostu średniego, waga 57 kg. System kostno-mięśniowy normalny. Tkanka podskórna prawidłowo rozwinięta. Ze strony płuc zmian żadnych nie przedstawia. Granice serca normalne. Tony czyste. Rytm kurczów serca prawidłowy, Serce pobudliwe. Tętno 90. Ciepłota normalna. Widzialna błona śluzowa różowa. Gruczoły chłonne niezwiększone. Głos czysty. Słuch nieco przytępiony. Ze strony wzroku zmian chorobowych nie stwierdzono. Kanały noso-łzowe drożne. Odruchy kolanowe nieznacznie wzmożone. Dermografizm wyraźny, czerwony, utrzymujący się przez czas dłuższy (podrażnienie rozszerzaczy objaw Nikolskiego). Powłoki skórne o kolorze ciemno-śniadym. Włosy na owłosionej części głowy nieco przerzedzone, krótkie. Skóra twarzy, a mianowicie powiek, zwłaszcza dolnych, oraz nasady nosa są w stanie obrzęku. Obrzęk uwydatnia się o tyle, że przykrywa gałki oczne, przez co tworzą się wąskie szpary. Obrzęk o charakterze wiotkim. Skóra nieco więcej zabarwiona na różowo aniżeli normalna z odcieniem niebieskawym. W miejscach chorobowo zmienionych występują brózdy. Obrzęk wyraźnie odgraniczony. Żadnych uczuć podmiotowych chora nie odczuwa. Chora kapryśna o usposobieniu histerycznem.

Specjalne badania otolaryngologiczne ustaliły u chorej *otitis med. chron bilat. et rhinitis chron.*, które to stany chorobowe nie stoją w związku z obrzękiem skóry. Wynik badania moczu: Białka, oraz cukru nie znaleziono. W osadzie stwierdzono kryształy szczawianu wapnia i nabłonki płaskie wielokątne. Odczyn moczu kwaśny. Ciężar właściwy 1026.

Wynik badania krwi wykazuje: ciałek czerwonych 5050000, ciałek białych 6,100, hemoglobiny 65% (Sahli).

Leukocytów:	limfocytów	37 %
	wielojądrzastych	60 %
	przejściowych	2,5%
	eozynofilnych	0 %
	tucznych	0,5%

Krzepliwość — 13'. Odczyn Biernackiego 109' (aparat Linzenmayera).

Odczyn Wassermanna — ujemny. Roentgen zmian w sella turcica nie stwierdza.

Przy nakłuciu igłą miejsc chorobowo zmienionych wydziela się znaczna ilość płynu surowiczego. Otrzymany w ten sposób z dolnej powieki płyn zaszczepiony na agarze z surowicą ludzką okazał się jałowym.

Wycięty z dolnej lewej powieki płat skóry wraz z tkanką podskórną łączną szerokości 8 mm długości 2 cm poddano w Za-

kładzie anatom. patolog. U. S. B. badaniu histopatologicznemu, które wykazało: nacieczenie okrągło drobnokomórkowe dookoła naczyń chłonnych i krwionośnych. W skórze właściwej bujanie oraz zgrubienie włókien tkanki łącznej, jak również rozrost młodych komórek łączno-tkankowych. Szczeliny oraz naczynia chłonne rozszerzone. Nabłonek i przydatki skóry bez widocznych zmian.

Chora pozostawała na klinice przez 5 tygodni (od dnia 12. II. do dnia 21. III. 1925 r.) i w tym czasie miała jedną miesiączkę prawidłową podczas której nie dało się zauważyć jakichkolwiek zmian w miejscach obrzęku. Wogóle przez cały czas pobytu chorej na klinice stan ogólny jej zdrowia był zadowalający.

W danym przypadku mamy do czynienia z niedawno powstałą słoniowatością, która ograniczyła się do wyraźnych zmian na powiekach.

Bodźcem do powyższych zmian była róża. Objaw ten powstał w okresie dojrzewania płciowego, jednak stanowczo nie da się powiedzieć czy czynnik ten miał jaki wpływ w danym przypadku na przebieg choroby. W formule krwi zwraca na siebie uwagę brak komórek eozynochłonnych i zwiększona liczba % limfocytów.

Ostatniemi czasy (Vogt) zwrócono uwagę na zmiany w gruczołach dokrewnych, a zwłaszcza w przysadce mózgowej w przypadkach słoniowatości powiek; w naszym przypadku tego nie stwierdziliśmy gdyż siodełko tureckie jak o tem było wyżej wspomniane, nie było rozszerzone.

Nasz przypadek zdaje się potwierdzać przypuszczenia niektórych badaczy (Moncorvo, Darier), że pierwszorzędną rolę w powstawaniu tego stanu chorobowego odgrywają paciorkowce.

Leczenie powyższego cierpienia jest trudne i niezawsze dają się osiągnąć pomyślne wyniki. Według niektórych autorów (Duhot, Gaston, Pośpiełow) wstrzykiwania przetworów rtęci mogą polepszyć stan chorobowy i w tych nawet razach kiedy kiła nie stoi w związku przyczynowym. Silva-Araujo i Jarisch radzą ichtiol w dużych dawkach jednocześnie zewnętrznie i do wewnątrz. Unna salicylan sodowy. Obok wyżej przytoczonych środków farmaceutycznych stosują z powodzeniem również i zabiegi chirurgiczne. Poulard, Schreiber — zalecają naświetlanie promieniami Roentgena i radu.

Moncorve i Silva-Araujo podkreślają że dobre wyniki daje elektroliza oraz prąd stały i zmienny. Fage stosował u tego rodzaju chorych galwanopunkcję i na dwa przypadki otrzymał w jednym zupełne uleczenie.

Nie mogliśmy zastosować u naszej chorej metody Fage'a, gdyż wszelkiego rodzaju zabiegi połączone z nakłuciami i t. p. natrafiały na silny opór ze strony chorej i kategoryczną odmowę.

Wobec powyższego opierając się na wskazanej przez Schmidt'a technice w tego rodzaju przypadkach zastosowaliśmy roentgenoterapję.

Chora otrzymała jedno naświetlanie i dotychczas poprawy nie można zauważyć — jednak z tego nie można wyciągnąć ostatecznych wniosków, gdyż wskazanem jest kilkakrotne naświetlanie w dłuższych odstępach czasu.

Piśmiennictwo.

1) Fage: Archives d'ophtalmologie t. 41. Nr. 10. 1924. — 2) Luithlen, Mracek: Handbuch der Hautkrankheit b. 3. st. 219—237. — 3) Poulard: Traitè d'ophtalmologie st. 623—625. 1923. — 4) Delbanco: München med. Wochenschrift 1902. Nr. 20. — 5) Schreiber: Die Krankheiten der Augenlieder. st. 156—158. 1924. — 6) Wartin: Bulletin de Dermatologie et de Syphil. Nr. 7. st. 26. RN. 1924. — 7) Terson: Encyklopedie Francaise d'ophtalmolog. 539—545. 1906. — 8) Bernhard: Choroby skóry. st. 390—395. 1922. — 9) Darier: Précis de dermatologie st. 435—443 1923. — 10. Vogt: Klinische Monatsblätter für Augen. B. 72. st. 507—509. 1924. — 11) Schmidt: Röntgentherapie. st. 171—172. 1923.

Dr. Jerzy KRZYŻANOWSKI. Lwów.

Cztery przypadki objaśniające niemożność ujednostajnienia postępowania w czasie porodu przy miednicach ścieśnionych.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K.
Kierownik: Doc. Dr. Bocheński.

Postępowanie przy miednicach ścieśnionych zależy od tak wielu okoliczności, że w przypadkach pozornie identycznych stosuje się różne zabiegi zależnie nie tylko od warunków, ale i od stanu, w jakim się rodząca znajduje. Wszystkie zabiegi operacyjne mogą mieć tutaj zastosowanie, i choć wartość ich nie jest jednakowa, to jednak musimy je stosować zależnie od sytuacji. Największe trudności w rozstrzygnięciu co do sposobu postępowania istnieją zwykle przy miednicach miernie ścieśnionych, o wymiarze prostym wchodu 7—9 cm. W tych przypadkach doświadczenie położnika i wprawa w ocenianiu sytuacji, ma największe pole do popisu. Przebiegu porodu i jego zakończenia nigdy przewidzieć nie można, bo jak z jednej strony przy pozornie dużym niestosunku porodowym może się poród odbyć siłami natury, tak z drugiej strony będziemy zmuszeni stosować w podobnych przypadkach cały szereg zabiegów operacyjnych jak obrót, kleszcze, hebosteotomia, wymóżdżenie, wypatroszenie i cięcie cesarskie. Stopień ścieśnienia miednicy, względnie wielkości niestosunku porodowego, nie zawsze są czynnikami najważniejszemi w ocenie przypadku. Wielkie znaczenie ma sposób wstawiania się główki, jej zdolność do konfiguracji, dalej jakość bólów porodowych i siła mięśnia macicznego. Opierając się na tych danych, rozstrzygamy co do sposobu postępowania.

O słuszności powyższych uwag miałem sposobność przekonać się podczas obserwowania przebiegu porodu w 4 przypadkach miednic ścieśnionych jakie przydarzyły się w klinice położniczej w czasie jednego tygodnia.

Przypadki te były następujące:

I. Pierwiastka, rodząca na czasie, przybyła do kliniki w II. okresie porodowym. Położenie czaszkowe I., ujście rozwarte zupełnie, główka dużym odcinkiem we wchodzie. Ciemię małe prawie w środku pola badania. Miednica ogólnie ścieśniona, krzywicza, płaska o wymiarach: D. spin.: 24½, D. crist.: 25¼, d. troch.: 28, Conj. ext.: 16. Wobec tego, że główka wydawała się stosunkowo małą i zdolną do konfiguracji, zachowano stanowisko wyczekujące, które okazało się słuszne, gdyż poród nastąpił siłami natury. Płód żywy wagi 2200 gr., o cechach dziecka donoszonego.

II. Rodziła 2 razy. Poród pierwszy przedwczesny w VII. mieś. ciąży, siłami natury, dziecko nieżywe. Drugi poród trwał bardzo długo, zakończył się operacją kleszczową. Płód nieżywy. Obecnie rodzi po raz trzeci na czasie. Położenie czaszkowe I. Miednica o wymiarach: D. spin.: 27¼, D. crist.: 27¼ D. troch.: 29½, Conj. ext. 18. Wobec tego że poród trwał już w domu 2 dni, ciepłota była podwyższona, wody odchodziły brudne i cuchnące, wreszcie wobec tego, że w chwili przybycia rodzącej do kliniki tętno płodu było nieregularne i zwolnione, bo wynosiło 80, czasem 60 uderzeń na minutę, postanowiono ukończyć poród, głównie ze względu na wyraźny uraz porodowy u rodzącej, przyczem nie bez znaczenia była też nadzieja uratowania dziecka, będącego już w silnej asfiksji. Wykonano obrót na nóżkę jako zabieg, który w danej chwili najszybciej można było zastosować, lecz mimo że ręczne wydobycie płodu po dokonanym obrocie poszło gładko i dość szybko, wydobyto płód wagi 3750 gr, którego nie zdołano docucić.

III. Pierwiastka rodząca. Położenie płodu czaszkowe II. Miednica o wymiarach: D. spin.: 22½, D. crist.: 24½, D. troch.: 27¾, Conj. ext.: 18, a więc miednica ogólnie ścieśniona, krzywicza, płaska. Poród trwał już 5 dni. Wody odeszły przedwcześnie. Badanie wykazało ciepłotę 38,6, tętno 108. język suchy, wycieńczenie. Macica w dole bardzo bolesna, pierścień skurczowy wyczuwalny na wysokości 1 palca poniżej pępka. Główka przyparta do wchodu, duże przedgłowie, tętno płodu nieregularne, zwolnione. Założono kleszcze i wykonano kilka pociągań. Skoro jednak główka zupełnie nie postępowała ukończono poród przy pomocy wymóżdżenia. Waga płodu 3200 gr.

IV. Pierwiastka, rodząca, zgłosiła się do kliniki w I-szym okresie porodowym. Położenie płodu czaszkowe II. Miednica ogólnie ścieśniona krzywiczo płaska o wymiarach: D. spin.; 24, D. crist.: 25, D. troch.: 28, Conj. ext. 16¼. Bardzo wyraźne ślady przebytej krzywicy. Przy ujściu na dwa palce rozwartem pękł pęcherz. Bóle silne i energiczne. Badanie wewnętrzne wykonane w 6 godzin po pęknięciu pęcherza wykazało, szew strzałkowy tuż za spojeniem łonowem. Kość boczna tylna w całości prawie wyczuwalna we wchodzie, zaczynające się tworzyć przedgłowie. Wykonano cięcie cesarskie i urodzono płód żywy wagi 4550 gr.

Jak z powyższego widać, w przypadku pierwszym pozostawiono poród siłom natury, gdyż mimo znacznego ścieśnienia miednicy nie stwierdzono niestosunku porodowego, wobec małej główki, tak że w czasie badania miało się wrażenie, że główka ta przejdzie przez kanał rodny, co też rzeczywiście nastąpiło.

W przypadku drugim mimo wyraźnego niestosunku porodowego, spróbowano wykonać obrót, gdyż ani stan matki ani stan dziecka nie pozwalał na dłuższe czekanie. W przy-

padku tym odstąpiono od cięcia cesarskiego, choć ono jedynie mogło być zabiegiem najbardziej wskazanym, o ileby istniała pewność że uda się urodzić płód żywy. Wobec tego jednak że pewności tej nie było, ale przeciwnie płód znajdował się w stanie bardzo silnej asfiksji, tak że lada chwila musiał obumrzeć, próbowano jeszcze uratować go przy pomocy obrotu i ręcznego wydobycia.

W przypadku trzecim wobec grożącego pęknięcia macicy, próbowano jeszcze operacji kleszczowej a skoro ta nie doprowadziła do celu, ukończono poród wymóżdżeniem, które dla matki było zabiegiem bezsprzecznie najdelikatniejszym.

Wreszcie w czwartym przypadku, z uwagi na znaczny niestosunek porodowy, przy asynklitycznem tylnem ustawieniu główki, co już nawet przy normalnej miednicy pogarsza rokowanie porodu, dalej z uwagi na przedwczesne pęknięcie pęcherza, duże przedgłowie na główce zaledwie przypartej do wchodu, wykonano cięcie cesarskie jako jedyny zabieg, który tak dla matki jak i dla dziecka był najwięcej wskazany. Nie ulega bowiem wątpliwości, że w razie czekania w przypadku tym byłoby przyszło do wymóżdżenia.

Opisane przypadki ilustrują bardzo wyraźnie, jakie wytyczne winne nami kierować przy postępowaniu podczas porodu wobec miednicy ścieśnionej. Dowodzą one niezbicie, że postępowanie to nie może być jednolite i żadnych stałych wytycznych w tym kierunku nie można postawić. Żadne reguły nawet najściślej obmyślane, nie mogą mieć powszechnego zastosowania, ale przeciwnie, postępowanie w każdym przypadku musi być inne. Innemi słowy, możemy mówić jedynie o postępowaniu w każdym poszczególnym przypadku ścieśnienia miednicy.

Na jedną okoliczność chciałbym wskazać, która w jednym z naszych przypadków miała zastosowanie. Mianowicie na stosowanie cięcia cesarskiego przy miednicy ścieśnionej. Sprawa wskazań do cięcia cesarskiego nie jest jeszcze ustalona. Podczas gdy do niedawna stosowano je głównie ze wskazania bezwzględnego, dziś stosuje się je często i ze wskazania względnego. Z drugiej strony przeważna część operatorów stoi na tem stanowisku, że w tychsamych warunkach, rychlej decydują się na cięcie cesarskie u wieloródki aniżeli u pierwiastki. Pierwszy poród bowiem uważamy za próbny, od przebiegu którego uzależniamy nasze postępowanie przy porodach następnych. Zasadniczo więc stanowisko nasze podczas porodu u pierwiastki ze ścieśnioną miednicą winno być wyczekujące. Podnoszą się jednak w ostatnich czasach głosy przemawiające zatem, aby wskazania do cięcia cesarskiego rozszerzyć i na te przypadki ścieśnionych miednic u pierwiastek, u których po dokładnem zbadaniu i uwzględnieniu wszystkich okoliczności, względnie nawet po wyczekaniu pewnego czasu, nabieramy przekonania że zabieg ten daje większą pewność urodzenia płodu żywego, aniżeli poród pozostawiony siłom natury. Czyli, że cięcie cesarskie w takich przypadkach wykonujemy w interesie dziecka. Stanowisko to jest słuszne, a to tem więcej, że przy dzisiejszym stanie techniki operacyjnej jest ono zabiegiem nieprzedstawiającym dla operowanej zbyt wielkiego niebezpieczeństwa. Stojąc na stanowisku rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego nie powinno się jednak wskazań tych zbyt luźno oceniać i w każdym poszczególnym przypadku zbadać dokładnie, czy istnieją warunki zapewniające pomyślny wynik zabiegu. W przeciwnym razie należy w ocenie wskazań być powściągliwszym. Uwzględnić więc należy nie tylko jakość niestosunku porodowego wskutek ścieśnienia miednicy, wielkości płodu czy nieprawidłowego wstawiania się główki, ale nadto stan rodzącej. W przypadku czystym prędzej zdecydujemy się na cięcie cesarskie, aniżeli tam, gdzie temperatura rodzącej będzie podwyższona a zwłaszcza jeżeli kanał rodny będzie już zakażony lub choćby tylko istniała wątpliwość pod tym względem. Więcej wstrzemięźliwym musi być operator w przypadku badanym kilkakrotnie w czasie porodu zwłaszcza przez niepewne ręce, aniżeli w przypadku którego nikt nie badał. W tym ostatnim wypadku bowiem istnieje większa pewność że przypadek jest czysty i że rodzącej nie grozi zakażenie, aniżeli w przypadkach nieczystych a choćby tylko podejrzanych. W tych ostatnich z możnością zakażenia zawsze i to poważnie liczyć się musimy. Jednem słowem powiedzieć musimy że rozszerzenie wskazań do cięcia cesarskiego w interesie płodu, wobec udoskonalonej techniki i aseptyki operacyjnej jest zupełnie usprawiedliwione, nie powinno jednak przekraczać pewnych granic, poza któremi interes rodzącej za mało byłby chroniony.

Sprawozdania i korespondencje.

Prym. Dr. Antoni KROKIEWICZ. Kraków.

Sprawozdanie naukowe o ruchu chorych w roku 1924 na oddziale I. B chorób wewnętrznych.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B) Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W roku 1924 pozostawało w leczeniu na oddziale chorób wewnętrznych (I. B) państwowego szpitala św. Łazarza w Krakowie 1456 chorych (694 m. 762 k).

Z powodu chorób narządu *oddechowego* leczono 376 chorych (192 m. 174 k.) t. j. 25,8% ogólnej liczby; narządu *krążenia* 163 (67 m. 96 k.) t. j. 11,1%; *trawienia* 207 (117 m. 90 k.) t. j. 14,2%; *układu nerwowego* 70 (36 m. 34 k.) t. j. 4,8%; narządu *moczo-płciowego* 99 (8 m. 51 k.) t. j. 6,8%; z powodu chorób *zakaźnych* 470 (220 m. 250 k.) t j. 32,3%; z powodu chorób *krwi, zaburzeń przemiany materji* i *gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem* 31 chorych (19 m. 12 k.) t. j. 2,1%; z powodu *zatruć* 40 (14 m. 26 k.) t. j. 2,7%; z powodu *pasorzytów* 22 (8 m. 14 k.) t. j. 1,5%; z powodu *nowotworów* 55 (26 m. 29 k) t. j. 3,7%. W 24 przypadkach (15 m. 9 k.) t. j. 1,6% chorych przywieziono do szpitala w *stanie konania*; zmarli oni po kilkugodzinnym pobycie bez badania szczegółowego. W 142 przypadkach (41 m. 91 k.) t. j. 9,1% nie można było stwierdzić *żadnej sprawy chorobowej*, a rzekomo chorzy zostali zaraz ze szpitala wydaleni po dokładnem zbadaniu.

Z powyższego zestawienia wynika, iż największy odsetek chorych leczonych przypadał na choroby zakaźne, gdyż wynosił 32,3%, a następnie na choroby narządu oddechowego 25,8%. Trzecie miejsce zajmowali chorzy okazujący zaburzenia przewodu pokarmowego (14,2%). Czwarte, bo 11,1% ogólnej cyfry, stanowili chorzy dotknięci chorobami narządu krążenia; odsetek chorych układu nerwowego (4,8%) narządu moczo-płciowego (6,8%) był znacznie mniejszy. Odsetek leczonych z powodu zatruć wynosił 2,7%; z powodu nieprawidłowości krwi, przemiany materji i gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem 2,1%; z powodu nowotworów 3,7%. Niski odsetek 1,5% stanowili chorzy na czerwie.

Przy bliższem rozpatrzeniu poszczególnych chorób, leczonych na oddziale w roku 1924, rzecz przedstawia się następująco:

I. Choroby zakaźne:

Choroby zakaźne stanowiły największą ilość przypadków leczonych na oddziale, skoro ogólna ilość wynosiła 470 (220 m. 250 k.) t. j. 32,3%.

Największa ilość przypadków dotyczyła chorych na gruźlicę, gdyż z powodu jej leczono 205 osób (89 m. 116k.) t. j. 43,6%. Wogóle odsetek chorych gruźliczych wynosił 14,1%. Ze względu na samą gruźlicę: w 178 przypadkach (83 m. 95 k.) t. j. 37,9% stwierdzono gruźlicę płuc; w 22 przypadkach (4 m. 18 k.) t. j. 4,6% gruźlicę błon surowiczych *(polyserositis)*; w 3 przypadkach (1 m. 2 k.) t. j. 0,6% gruźlicę przewodu moczopłciowego; w 2 przypadkach (1 m. 1 k.) gruźlicę kości t. j. 0,4%; w 1 przypadku (1 m.) t. j. 0,2% zapalenie gruźlicze opon mózgowych. Należy nadmienić, iż chorzy mieli przeważnie gruźlicę otwartą w daleko posuniętym okresie i tylko przejściowo znajdowali się na oddziale, dopóki nie mogli być przeniesieni do szpitalnego baraku gruźliczego. Leczenie w tych z góry już straconych przypadkach było tylko objawowe. W przypadkach gruźlicy otwartej w I i II okresie choroby, tudzież wogóle gruźlicy

zamkniętej, dobre wyniki dawało leczenie mojemi przeciwgruźliczemi wstrzykiwaniami i moją metodą.

Po gruźlicy najwięcej leczono na grypę, bo 132 chorych (69 m. 63 k.) t. j. 28%. W 58 przypadkach (26 m. 32 k.) t. j. 12,3% stwierdzić można było ogniskowe rozsiane zapalenie płuc; wszystkie przypadki prócz 6 (5 m. 1 k.) zakończyły się pomyślnie wyzdrowieniem. U 2 kobiet spostrzegano obraz właściwy śpiączce nagminnej (*encephalitis lethargica)*; obie opuściły szpital w stanie ozdrowienia. Wogóle odsetek śmiertelności w grypie na oddziale był niski, bo wynosił 6%. Zważywszy; że ogólny charakter epidemji w mieście był ciężki, nie da się zaprzeczyć, iż korzystny przebieg w przeważnej części odnieść należy do leczenia oddziałowego, które jak w latach poprzednich — pomiędzy innemi — polegało na stosowaniu podskórnych wstrzykiwań trikrezolu 1% w czasie gorączki i jeszcze 10—14 dni po jej ustaniu. Podnieść należy z naciskiem, iż wstrzykiwania roztworu wodnego 1% trikrezolu, nawet przez dłuższy czas dokonywane — nie drażnią nerek i nie wywołują żadnych zmian szkodliwych w ustroju. Ból chwilowy po wstrzykiwaniach można złagodzić dodaniem małych dawek chloretonu.

Na trzeciem miejscu uderza częstość gośćca stawowego ostrego, który stwierdzono u 61 chorych (29 m. 32 k.) t. j. 11%. Zejścia śmiertelnego nie było pomimo ciężkiego nasilenia przypadków chorobowych. W 10 przypadkach (7 m. 3 k) t. j. 0,2% spostrzegano świeże zapalenie wsierdzia w przebiegu gośćca ostrego stawowego, które ustąpiło we wszystkich przypadkach przy odpowiedniem leczeniu wstrzykiwaniami podskórnemi elektrargolu i pędzlowaniu okolicy serca nalewką jodową obok stosowania okładów zimnych na okolicę serca.

Z powodu duru brzusznego leczono 15 chorych (7 m. 8 k.) t. j. 3,2%; jeden przypadek zakończył się śmiertelnie. W 6 przypadkach (4 m. 2 k.) t. j. 0,2% stwierdzono paratyfus A po zjedzeniu mięsa nieświeżego i kiełbasy; wszyscy chorzy powrócili do zdrowia. U 4 chorych (3 m. 1 k.) t. j. 1,2% stwierdzono zapalenie wyrostka robaczkowego i zarządzono przeniesienie po wyleczeniu na oddział chirurgiczny w celu dokonania operacji doszczętnej. U 9 chorych (5 m. 4 k.) t. j. 1,9% rozpoznano czerwonkę *(dysenteria)* i przeniesiono ich na oddział zakaźny dla dalszego leczenia. Z powodu posocznicy leczono 10 chorych (2 m. 8 k.) t. j. 2,2% przyczem u jednej kobiety tylko nastąpiło zejście śmiertelne. W 10 przypadkach (3 m. 7 k.) t. j. 2,2% wystąpiło zapalenie pryszczykowe gardła; w 6 przypadkach (1 m. 5 k.) t. j. 1,2% spostrzegano różę; w 7 przypadkach (5 m. 2 k.) t. j. 1,5% zimnicę trzeciaczkową; w 1 przypadku u mężczyzny (0,2%) zapalenie nagminne opon mózgowych; w 4 przypadkach (2 m. 2 k.) t. j. 1,2% kiłę w okresie drugorzędnym.

II. Choroby narządu oddechowego:

Najwięcej, bo 47,5% stanowili chorzy na gruźlicę płuc i opłucnej; szczegóły przytoczyłem w dziale, omawiającym choroby zakaźne. Z powodu rozedmy płuc, nieżytu oskrzelowego i niedomogi serca znajdowało się w leczeniu 82 chorych (61 m. 21 k.) t. j. 21,7%; w 5,6% (11 m. 10 k.) stanowili chorzy na zapalenie włóknikowe płuc; w 9,6% (13 m. 24 k.) chorzy na zapalenie ogniskowe nieżytowe płuc; w 0,7% (1 m. 2 k.) na zgorzel płuc; w 0,7% (3 k.) na dusznicę oskrzelową; w 9,2% (19 m. 16 k.) na wysięk opłucny surowiczo-włóknikowy; w 0,5% (1 m. 1 k.) na odmę piersiową surowiczą *(seropneumothorax)*; w 1% (2 m. 2 k.) na ropniak opłucny *(pyothorax)*; w 1 przypadku u mężczyzny stwierdzono nowotwór płuc (mięsaka). Zejście śmiertelne, wyłączając gruźlicę nastąpiło w 6 przypadkach z powodu zapalenia płuc włóknikowego, a w 5 przypadkach z powodu zapalenia płuc ogniskowego nieżytowego t.j. 18,9%; w 2 przypadkach zapalenia wysiękowego opłucnej i w 2 przypadkach ropniaka opłucnej; w 8 przypadkach (8%) rozedmy płuc i w jednym przypadku nowotworu płuc. Tę względnie wysoką śmiertelność przy zapaleniu włóknikowem płuc odnieść należy do tej okoliczności, iż chorzy zbyt późno zostali przywiezieni do szpitala i zwykle po kilkunastu godzinach po przyjęciu ginęli. Zresztą poza tem chorzy opuszczali szpital ze znacznem polepszeniem lub wyzdrowieniem.

III. Choroby narządu krążenia:

Z powodu niedomogi mięśnia sercowego i przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego leczono chorych 45 (13 m. 32 k.) t. j. 27,7%; z powodu wad sercowych w następstwie przebytego zapalenia wsierdzia 53 chorych (24 m. 29 k.) t. j. 32,7%; z powodu miażdżycy tętnic 37 chorych (14 m. 23 k.) 22,7%; z powodu tętniaka aorty 1 mężczyznę (0,6%); z powodu zapalenia osierdzia 4 chorych (3 m. 1 k.) t. j. 2,4%; z powodu zapalenia włóknikowego osierdzia *(obliteratio sacci pericardii)* 1 kobietę (0,6%). Z powodu nerwicy serca leczono 22 chorych (12 m. 10 k.) t. j. 13,4%. Uderza, iż zgłosiło się do szpitala z chorobami serca więcej kobiet, niż mężczyzn (67 m. 96 k.).

Ilość przypadków chorobowych na tle nerwowem, tak znaczną pośród zaburzeń w narządzie krążenia (13,4%), należy odnieść do następstw powojennych i do ciężkich warunków życiowych, z powodu niepewności najbliższej przyszłości. Również na uwagę zasługuje częstsze pojawianie się miażdżycy tętnic u kobiet, niż w dwóch latach ubiegłych.

IV. Choroby przewodu pokarmowego:

Z powodu ostrego nieżytu żołądka leczono 6 chorych (2 m. 4 k.) t. j. 2,8%; z powodu śluzowego nieżytu żołądka 22 chorych (18 m. 4 k.) t. j. 14%; z powodu nadkwaśności i nieżytu kwaśnego 29 chorych (21 m. 8 k.) t. j. 17,3%; z powodu ostrego nieżytu żołądka i jelit 9 chorych (6 m. 3 k.) t. j. 4,3%; z powodu wrzodu okrągłego żołądka 10 chorych (8 m. 2 k.) t. j. 4,7%; z powodu wrzodu dwunastnicy 5 chorych (5 m.) t. j. 2,5%; z powodu nerwicy żołądka 48 chorych (30 m. 18 k.) t. j. 23,1%; z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego 4 chorych (3 m. 1 k.) t. j. 1,8%; z powodu niedrożności jelit 1 kobietę (0,4%); z powodu ropnia podprzeponowego 4 chorych (2 m. 2 k.) t. j. 1,8%; z powodu żółtaczki nieżytowej 19 chorych (12m. 7 k.) t. j. 9,1%; z powodu kamicy żółciowej i zapalenia woreczka żółciowego 16 chorych (5 m. 11 k.) t. j. 7%; z powodu marskości wątroby 5 chorych (2 m. 3 k.) t. j. 2,4%; z powodu choroby Glenarda 6 chorych (6 k.) t. j. 2,5%; z powodu raka przełyku 2 mężczyzn t. j. 0,9%; z powodu raka żołądka 35 chorych (18 m. 17 k.) t. j. 17,4%; z powodu raka dwunastnicy (brodawki Vatera) 1 kobietę t. j. 0,4%; z powodu raka odbytnicy 1 mężczyznę t. j. 0,4%; z powodu raka woreczka żółciowego 1 kobietę (0,4%); z powodu przerzutów na otrzewnej po pierwotnej operacji 5 kobiet (2,4%).

Na uwagę zasługuje okoliczność, iż odsetek raka żołądka wynosił 17,4%, a wrzodu okrągłego 7%. Wrzodem żołądka głównie byli dotknięci mężczyźni (13 m. 2 k.), a rakiem na równi mężczyźni i kobiety (18 m. 17 k). Również uderza niezwykle wielka liczba przypadków nerwicy żołądka (23,1%), przyczem dwa razy częściej dotknięci byli mężczyźni, niż kobiety (30 m. 15 k.).

V. Choroby układu nerwowego:

Na ogólną ilość 70 chorych (36 m. 34 k.) stwierdzono u 11 chorych (4 m. 7 k.) t. j. 15,7% krwotok mózgowy u 2 chorych (2 k.) t. j. 2,8% zapalenie mózgu w następstwie grypy *(encephalitis letargica)*; u 1 mężczyzny (1,4%) zapalenie nagminne opon mózgowo-rdzeniowych; u 1 mężczyzny (1,4%) zapalenie gruźlicze opon mózgowych; u 1 mężczyzny (1,4%) wiąd rdzenia, u 4 chorych (3 m. 1 k.) t. j. 5,7% porażenie postępowe; u 1 mężczyzny (1,4%) rozsiane stwardnienie mózgu i rdzenia; u 1 kobiety (1,4%) zapalenie rdzenia poprzeczne; u 1 kobiety (1,4%) guz mózgu; u 12 chorych (9 m. 3 k.) t. j. 7,1% neurastenję; u 13 chorych (1 m. 12 k.) t. j. 18,5% histerję; u jednego mężczyzny (1,4%) szał opilczy; u 3 chorych (2 m. 1 k.) t. j, 4,2% padaczkę; u 1 mężczyzny (1,4%) ciężką psychozę; u 15 chorych (10 m. 5 k.) t. j. 21,4% zapalenie nerwu kulszowego i rwę kulszową *(ischias)*; u 1 mężczyzny półpaśca *(herpes zoster)* (1,4%). W przypadkach leczenia rwy kulszowej stosowano z korzystnym wynikiem podskórnie zmodyfikowany przezemnie rozczyn soli Trunecka naprzemian z 1% rozczynem trikrezolu wzdłuż nerwu kulszowego.

VI. Choroby narządu moczowo-płciowego.

Z powodu krwotocznego zapalenia nerek leczono 7 chorych (4 m. 3 k.) t. j. 7%; z powodu przewlekłego zapalenia włóknistego nerek leczono 32 chorych (18 m. 14 k.) t. j. 32,4%; z powodu miąższowego zapalenia nerek z następową puchliną leczono 26 chorych (13 m. 13 k.) t. j. 26,2%; z powodu stwardnienia miażdżycowego nerek *(nephrosclerosis)* 2 kobiety t. j. 2%; z powodu gruźlicy nerek 9 chorych (6 m. 3 k.) t. j. 9%; z powodu skrobiawicy nerek leczono 1 kobietę (1%); z powodu ostrego nieżytu pęcherza 8 chorych (6 m. 2 k.) t. j. 8%; z powodu ostrego zapalenia pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych 4 kobiety (4%); z powodu zapalenia przydatków 5 kobiet t. j. 5%; z powodu nowotworu nerek (nadnerczaka) 1 kobietę (1%); z powodu raka macicy 3 kobiety (3%).

VII. Choroby krwi i zaburzenia przemiany materji tudzież gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem:

Choroby krwi i zaburzenia przemiany materji tudzież gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem spostrzegano u 31 chorych (19 m. 12 k.). U 4 mężczyzn (12,9%) stwierdzono objawy ogólnego wyniszczenia z obrzękiem kończyn w następstwie wygłodzenia; u 6 chorych (3 m. 3 k.) t. j. 19,3% ciężką niedokrwistość; u 2 mężczyzn (6,4%) białaczkę szpikową; u 2 kobiet ostrą limfemję (6,4%); u 3 kobiet (9,6%) chorobę Hodgkina *(lymphadenosis aleucaemica)* u 1 kobiety (3,2%) chorobę Addisona; u 2 kobiet nowotwór gruczołów limfatycznych *(lymphosarcoma)* t. j. 6,4%; u 3 mężczyzn (6,7%) chorobę Werlhofa; u 8 chorych (4 m. 4 k.) t. j. 25,7% cukrzycę; u 1 mężczyzny (3,1%) moczówkę prostą *(diabetes insipidus)*. W cukrzycy stosowano insulinę; odnośne uwagi ogłoszone zostały w »*Polskiej Gazecie Lekarskiej*«.

VIII. Zatrucia:

Z powodu zatruć leczono w roku 1924 na oddziale 40 chorych (14 m. 26 k.). U jednego mężczyzny stwierdzono zatrucie kwasem solnym (2,5%); u 2 chorych (1 m. 1 k.) t. j. 5% rozcieńczonym kwasem siarkowym; u 1 kobiety (2,5%) kwasem azotowym; u 2 chorych (1 m. 1 k.) t. j. 5% kwasem octowym; u 1 kobiety (2,5%) kwasem karbolowym; u 3 chorych (2 m. 1 k.) t. j. 7,5% lysolem; u 1 kobiety (2,5%) sublimatem; u 2 kobiet (prostytutek) nadmanganjanem potasu (5%); u 11 chorych (7 m. 4 k.) t. j. 27,5% alkoholem; u 6 chorych (1 m. 5 k.) tlenkiem węgla; u 1 kobiety weronalem (2,5%); u 1 kobiety (2,5%) formaliną; u 1 kobiety (2,5%) atropiną; u 7 kobiet (10,7%) nalewką jodową.

IX. Czerwie:

Z powodu czerwiów leczono 22 chorych (8 m. 14 k.) t. j. 1,5%; u 5 chorych (2 m. 3 k.) stwierdzono glisty, a w 17 przypadkach (6 m. 11 k.) tasiemca.

X. Nowotwory:

W 55 przypadkach stwierdzono sprawę nowotworową, a mianowicie: raka przełyku u 2 mężczyzn (3,6%); raka żołądka u 35 chorych (18 m. 17 k.) t. j. 63,6%; raka dwunastnicy u 1 kobiety (1,8%); raka odbytnicy u 1 mężczyzny (1,8%); raka pęcherzyka żółciowego u 1 kobiety (1,8%); raka otrzewnej u 7 chorych (2 m. 5 k.) t. j. 12%; raka nerek (nadnerczaka) u 1 kobiety (1,8%); raka sutka u 1 kobiety (1,8%); raka jądra u 1 mężczyzny (1,8%); raka krtani u 1 mężczyzny (1,8%); nowotwór złośliwy płuc u 1 mężczyzny (1,8%).

Ruch naukowy w ubiegłym roku na oddziale był silniejszy niż w latach ostatnich, co głównie należy przypisać tej okoliczności, iż lekarze przydzieleni odznaczali się pilnością i starali się wyzyskać naukowo pod każdym względem materjał szpitalny. Wychodząc z założenia, iż szpital stanowi prawdziwą uczelnię dla lekarzy praktykujących, starałem się odpowiedzieć memu zadaniu jako prymarjusz i badałem wspólnie z lekarzami każdy przypadek chorobowy z uwzględnieniem najnowszych zdobyczy klinicznych w zakresie badania fizycznego, mikroskopowego, chemicznego i bakterjologicznego, jak również omawiałem leczenie. W przypadkach zejścia śmiertelnego uwzględniałem zawsze epikryzę na podstawie oględzin pośmiertnych w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. prof. dr. Ciechanowskiego. W celu dokładnego zbadania chorego i ustalenia rozpoznania wykonywano w każdym przypadku — nieraz kilkakrotnie — rozbiory chemiczne moczu, kału, treści żołądkowej, krwi, wysięków i wszelkich cieczy patologicznych — badano plwociny bakterjologicznie — jak również przesyłano krew do pracowni bakterjologicznej szpitalnej na oddziale zakaźnym, zostającej pod kierunkiem Doc. dr. Kostrzewskiego, dla wykonywania rozbiorów serologicznych lub też hodowli bakteryj, we krwi się znajdujących. Wartość wyników serologicznych dla lekarza praktycznego ogłosiłem w mojej rozprawie, pomieszczonej w *Polskiej Gazecie Lekarskiej*« Nr. 3, 1925 r. pod tytułem: »*Dalsze uwagi o znaczeniu odczynów serologicznych dla lekarza praktykującego*«. Oprócz tej pracy ogłosiłem w *Nowinach lekarskich*« Nr. 6, 1924 r. pracę: »*Trzy przypadki zejścia śmiertelnego z powodu ostrego zatrucia weronalem*« — a z oddziału wyszła prócz tego jeszcze praca w »*Polskiej Gazecie Lekarskiej*« Nr. 24, 1924 r. napisana przez Dra Blassberga, Joffego i Liwszyca: »*Przyczynek do stosowania insuliny i oznaczania cukru we krwi*«.

Przechodząc do stosunków oddziału szpitalnego należy zaznaczyć, iż bardzo mało zmieniło się na lepsze w porównaniu z rokiem ubiegłym. Warunki leczenia i odżywiania chorych, zaopatrzenie oddziału w potrzebną bieliznę przedstawiały bardzo dużo do życzenia. Brak dotkliwy przyrządów, odczynników i barwików do badania — z powodów finansowych nie pozwala na wykonywanie prac naukowych w szerszym zakroju.

Ze względu na urządzenie oddziału, to wszystkie odnośne uwagi, pomieszczone w sprawozdaniu szpitalnem za rok 1912 (»*Uwagi o ruchu chorych w roku 1912 na oddziale I. B krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie i o stosunkach na tym oddziale*« »*Przegląd lekarski*« 1913, Nr. 15) należy pogłębić w ujemnym kierunku; zwłaszcza grozą przejmuje fakt, iż oddział ten może być rozsadnikiem gruźlicy. Wobec rozłożenia łóżek na salach w odległości 43 cm od siebie — nie jest wykluczonem, iż chory ozdrowieniec, wolny od gruźlicy, zaraża się następnie od sąsiadującego chorego na gruźlicę. Rzecz sama nie wymaga dalszego wyjaśniania. Okoliczność, iż stosunki w szpitalu państwowym mogą przyczyniać się do rozszerzania gruźlicy — zasługuje na napiętnowanie.

Dr. Olgierd SOKOŁOWSKI. Zakopane.

Leczenie gruźlicy sanocrysiną.

(Rzecz wygłoszona dnia 11 lutego na posiedzeniu Tow. internistów w Krakowie, wspólnie z krakowskiem Tow. Lek.).

Pojęcie: »chemoterapja gruźlicy« było zawsze ziemią obiecaną, nieosiągalnym, zdawało się, celem dociekań szeregów badaczy. Usiłowania wszelkie paraliżowała otoczka drobnoustroju, fortece: tkanki gruzełka bez naczyń i wał ochronny tkanki łącznej.

M ö l g a a r d pokusił się o rozwiązanie tego zagadnienia dotąd nierozwiązanego. Przyszłość, może niedaleka, pokaże, czy istotnie go rozwiązał; już stan rzeczy dotychczasowy wykazuje, że zrobił on znaczny wyłom w twierdzy i posunął się o znaczny krok naprzód.

Okoliczności złożyły się dla mnie sprzyjająco, gdyż mogłem przyjrzeć się z bliska narodzinom terapji *sanocrysiną* M ö l g a a r d a: przyłączyłem się bowiem do Komisji rządowej, wysłanej do Kopenhagi celem zbadania sprawy na miejscu.

M ö l g a a r d wyszedł od krytyki zasad swoich poprzedników m. i. Roberta K o c h a, F e l d t a i S p i e s s a. Zadaniem lecznictwa jest, wedle niego, zmienić kierunek fizykochemicznego procesu w ustroju chorym, nie zaś wyłącznie działać pobudzająco na siły przyrodzone ustroju i wzmagać siłę i szybkość jego reakcji, jak chce teorja katalizatorów.

Z teorji katalizatorów wynika teorja małych dawek, ryzykowna z dwóch powodów:

1) każde ciało chemiczne może być tolerowane przez ustrój w ilościach minimalnych i przynieść jakąś pomoc w walce z chorobą: nie podobna wykazać, aby jakiśkolwiek rodzaj leczenia nie dał w swoim czasie jakichś wyników.

2) Takie leczenie może nieraz przyśpieszyć proces w organiźmie w kierunku niepożądanym. Mölgaard odrzuca tę teorję i wraca do starej drogi mistrza chemoterapji, Ehrlicha, zadziałania bezpośrednio na pierwiastek chorobotwórczy przez wyzyskanie powinowactwa chemicznego danego związku do ciała drobnoustroju.

Ze wszystkich metali związki złota wywierają w stężeniach nawet bardzo małych największy wpływ hamujący na wzrost prątków w hodowli. Należy nadto zważyć dwa momenty: otoczkę prątka i brak naczyń w tkance gruźliczej, w szczególności w gruzełku.

Szereg rozumowań z dziedziny fizyko-chemji doprowadza M. do wniosku, iż po pierwsze powinno się związać metal z taką grupą, która będzie zdolna przeniknąć system tłuszczowy (otoczki), albo uczynić go przenikalnym dla dodatnio naładowanego jonu metalu. Po drugie, że poszukiwane ciało musi być zdolne przenikać przez tkanki zwierzęce, a przytem przenikać szybko, a rozkładać się w ustroju powoli, aby zdążyło przeniknąć przez tkanki gruźlicze przed swojem rozłożeniem się. Beznadziejnem jest, z tego względu, tworzenie połączeń o dużej cząsteczce, która rozpadnie się, zanim dosięgnie lasecznika w stężeniu dostatecznem dla jego zabicia. Następnie, właściwości bakterjozwrotne soli metalu mogą iść w parze z jej właściwościami organozwrotnemi. Idzie oczywiście o zredukowanie do minimum tej ostatniej właściwości bez uszkodzenia pierwszej.

Ponieważ sól ciężkiego metalu zawdzięcza działanie trujące na tkanki dodatnio naładowanemu jonowi, chodziłoby o to, by ten jon był mocno związany i wyswobadzał się dopiero po przeniknięciu do ciała lasecznika; innemi słowami, związek chemoterapeutyczny nie powinien wprowadzać do ustroju większych ilości jonów metalu. Aby zredukować jego właściwości organozwrotne, należy zamknąć metal w tem znaczeniu, by stężenie jonów metalu w rozczynie wodnym równało się praktycznie zeru. Przy rozkładaniu się związku we krwi nie powinno powstawać wiele trujących ciał rozpadowych, a ciała, z któremi metal jest związany nie powinny też być same trujące.

Po uzyskaniu szeregu połączeń, odpowiadających tym wymaganiom, M. poddał je badaniu w kierunku ich zdolności bakterjobójczych, a w szczególności wstrzymywania wzrostu w hodowlach i wpływania na kwasoodporność. Po wielu próbach wybrał związek $[S_2O_3Au] {}^{Na}_{Na_2} SO_3$, nazwany przez niego *sanocrysiną*, która przedstawia następujące własności fizyko-chemiczne:

1) *sanocrysina* jest ciałem stałem, koloru śnieżno-białego, krystalizującem w długich igłach.

2) Rozpuszcza się łatwo w wodzie; 1 gr może się rozpuścić w 2 ch cm^3 wody; nie jest hydroskopijna. Punkt topliwości jest nieznany, gdyż rozkłada się w 120° C.

3) Rozczyn wodny *sanocrysiny* jest prawie obojętny.

4) Dyffunduje bardzo łatwo przez błony zwierzęce; szybkość dyffuzji wynosi około 75% szybkości dyffuzji jodu.

4) $FeSO_4$, SO_2, $SnCl_2$, $H_2C_2O_4$, nie wytrącają złota ze związku, a jodek potasu nie zmienia związku w ciepłocie 100° C.

6) Rozcieńczone kwasy mineralne nie działają na *sanocrysinę* w zwykłej ciepłocie. Ogrzane wyzwalają złoto.

7) Rozcieńczony roztwór wodny *sanocrysiny* może być wyjaławiany przy 130°, bez rozkładania się. Roztwory o stężeniu większem ponad 5% ogrzane do 130° rozkładają się wolno. W ciepłocie 5—10° roztwory 1%—5% pozostają jasne przez dwa tygodnie (w ciemnym pokoju); na świetle tworzą powoli brunatny osad. *Sanocrysina* w stanie suchym jest bardzo trwała; zamknięta w ampułkach pozostaje niezmieniona przez szereg miesięcy do roku; pod wpływem wilgoci rozkłada się po 3—4 tygodniach i zabarwia się na żółto.

8) *Sanocrysina* nie daje strątu z proteinami, nawet w 1% rozczynie po 24 godzinach w cieplarce przy 40°. Roztwór 1% w surowicy może być ogrzewany do 40° przez 24 godz. bez tworzenia strątu lub czernienia.

9) *Sanocrysina* utleniona H_2O_2 w rozczynie alkalicznym rozpada się na metaliczne złoto i siarczan soli; nie tworzy się ani SO_2 ani H_2S.

Z tego widać, że *sanocrysina* odpowiada wszystkim wymaganiom uprzednio postawionym.

Badania nad wpływem *sanocrysiny* na wzrost lasecznika wykazały, że rozczyny (w buljonie 1 : 10,000.000 i 1 : 1,000.000 opóźniają wzrost lasecznika w porównaniu z hodowlami kontrolnemi; rozczyn zaś 1 : 100.000 pozbawia zupełnie laseczniki zdolności rozmnażania się (błonki hodowli wypłukane starannie i przeniesione na podłoże wolne od *sanocrysiny* nie odzyskują zdolności wzrostu). Dalsze badania nad bakterjotropizmem *sanocrysiny*, wykazały, że już w rozczynie 5 : 100,000.000 wywiera ona wpływ niszczący na kwasoodporność prątka.

Po stwierdzeniu tak silnego bakterjotropizmu *sanocrysiny in vitro* M. przeszedł do badań nad zwierzętami. Wstrzykiwał świnkom 1 mgr prątków podskórnie i potem jedną ich serję leczył zastrzykiwaniami *sanocrysiny* w miejsce zaszczepienia, drugą pozostawiał własnemu losowi. W pierwszej serji uogólnienie gruźlicy nie nastąpiło wcale, w drugiej nastąpiło u wszystkich.

Z kolei poddał M. *sanocrysinę* badaniom biologiczno-fizjologicznym w zdrowym ustroju. Stężony rozczyn *sanocrysiny* (1 gr na 2 cm^3 wody), zastrzyknięty dożylnie wywołuje tylko lekkie podrażnienie narządu oddechowego, czego nie stwierdza się w rozcieńczeniu większem. Rozczyn $4^1/_2$% jest izotonicznym (w stosunku do przemytych ciałek czerwonych). Zastrzykiwania *sanocrysiny* cielętom (6 cgr. na 1 kg żywej wagi) nie wykazują wpływu na ilość czerwonych ciałek i procent hemoglobiny. *Sanocrysina* w stosunku 3 cgr na 1 kg wagi nie wywołuje zmian w ciśnieniu krwi ani w szybkości i rytmie tętna, ani w krzywej ciepłoty u zdrowego. Na nerki *sanocrysina* nie działa zupełnie w stosunku 1 cgr na 1 kg wagi. Podwójna dawka powoduje lekki białkomocz, szybko przemijający. Ta sama dawka przy powtórnej próbie nie daje białkomoczu. Badania czynnościowe nerek przy pomocy K. J. wykazały, że *sanocrysina* w ilości 2 cgr na 1 kg wagi nie wpływa na szybkość wydzielania jodu. Mikroskopowo stwierdzano tylko lekki obrzęk nabłonka w kanalikach krętych, bez zmian w kłębkach nawet przy 6 cgr na 1 kg wagi. Na kiszki *sanocrysina* wywiera tylko wpływ nieznaczny (rozwodnienie kału). Objawów zatrucia metalowego nie stwierdzono. Prawie całkowita ilość *sanocrysiny* wydziela się przez nerki w ciągu 4 - 6 dni.

T. zw. *dosis tolerata* określił M. na 4 cgr (u świnek) do 6 cgr (u cieląt) na 1 kg wagi. *Sanocrysina* winna być używana w stanie bezwzględnie czystym; strąt wywołany alkoholem z rozczynu wodnego jest 5—10-krotnie bardziej trujący niż czysta *sanocrysina* i dopiero 5-krotne przekrystalizowanie przywraca jej pierwotną małą toksyczność.

Na podstawie tych badań M. stwierdza, że dawka 1—2 cgr na 1 kg wagi (którą w doświadczeniach późniejszych określono jako leczniczą), nie może wywoływać wpływu ujemnego na zdrowy ustrój, jako trzykrotnie niższa, niż *dosis tolerata*.

Następnie przeszedł M. do doświadczeń nad *sanocrysiną* stosowaną u zwierząt gruźliczych i przekonał się, że, duże jej dawki wywołują wstrząs, identyczny z tuberkulinowym (wywołanym u zwierząt gruźliczych przez zastrzyknięcie im tuberkuliny). Wstrząs powstawał zwykle w 2-ch określonych fazach choroby: u sztucznie zarażonych zwierząt, w pierwszych trzech tygodniach po zarażeniu, u zwierząt, które się same zaraziły gruźlicą, w ostatnich tygodniach przed śmiercią. Ponieważ w tych okresach zawartość przeciwciał we krwi zmniejsza się, a często znika, M. wywnioskował, że wstrząs jest wynikiem tego braku, przy nadmiarze świeżo wyzwolonych endotoksyn. Wyrozumował dalej, żsurowica zwierząt chorych na przewlekłą gruźlicę może przeciwdziałać wstrząsowi, o ile zawiera przeciwciała. Leczył za-

tem *sanocrysiną* zwierzęta, zarażone gruźlicą, stosował zapobiegawczo surowicę i przekonał się, że zastrzyknięcie surowicy dożylnie przerywa wstrząs natychmiast. Bez stosowania surowicy musiałoby, zdaniem jego zginąć 50% leczonych *sanocrysiną* zwierząt od wstrząsu tuberkulinowego.

Obecnie surowicę zapobiegawczą wyrabia Instytut serologiczny pod kierunkiem prof. M a d s e n a Uodparnia się cielęta lub konie prątkami zabitemi, następnie żywemi (dożylnie), poczem zastrzykuje się im laseczniki żywe na zmianę z *sanocrysiną*. Surowica taka mianowana jest w ten sposób, że 20 cm^3 powinno przerywać wstrząs doświadczalny u cielęcia.

Uzbrojony w ten sposób, przeciwko wstrząsowi M. przeprowadził olbrzymią ilość doświadczeń nad leczeniem *sanocrysiną* zwierząt chorych i zarażonych gruźlicą z wynikiem niezwykle pomyślnym. Stwierdził przytem, że w ustroju gruźliczym *sanocrysina:*

1) wywołuje zawsze odczyn gorączkowy,
2) często odczyn skórny w postaci osutki,
3) zaburzenia kiszkowe (u zwierząt bardziej chorych, biegunkę),
4) nie wpływa na czerwone ciałka i procent hemoglobiny,
5) może wywoływać toksyczną *myocarditis* i co zatem idzie spadek ciśnienia; nie występuje to jednak u zwierząt, którym zastrzyknięto uprzednio dostateczną dawkę uodparniającą przeciw endotoksynom surowicy,
6) waga się zmniejsza,
7) wpływ na nerki bywa bardzo duży, o ile również endotoksyny nie zostaną zobojętnione.

W ustroju wyleczonym *sanocrysina* nie wywołuje
1) białkomoczu (lub tylko ślady),
2) odczynu gorączkowego,
3) zniżki wagi,
4) zaburzeń jelitowych, czyli że, *sanocrysina* nie wywołuje wpływu ujemnego na ustrój wyleczony.

W pracowni swojej pokazywał nam M ö l g a a r d szereg preparatów: makro- i mikroskopowych, mikrofotografij, oraz zwierzęta, znajdujące się obecnie w leczeniu. Preparaty z przypadków wstrząsu doświadczalnego, wywołanego raz tuberkuliną, raz *sanocrysiną* u zwierząt gruźliczych: w obu serjach przekrwienie identyczne w okolicy ognisk gruźliczych w płucach, śledzionie, wątrobie i obrzęk płuc. Preparaty narządów cieląt, zakażonych śródżylnie, potem leczonych lub nieleczonych *sanocrysiną;* preparaty płuc kóz, zakażonych prątkiem wyjątkowo jadowitym i również leczonych i nie leczonych *sanocrysiną*: w przypadku pierwszym *restitutio ad integrum,* w drugim szereg ognisk bardzo obfitych, nieraz z ogniskami zgorzelinowemi. Preparaty narządów świnek, którym zastrzyknięto miazgę z narządów cielęcia zakażonego i następnie leczonego *sanocrysiną*: świnka pozostała nie zarażona.

Dodatnie wyniki opisanych pokrótce badań, pozwoliły M. przejść do stosowania *sanocrysiny* u ludzi.

Rozpoczęto stosowanie w szeregu szpitali kopenhaskich oraz w sanatorjum Veile Fiord i Sölleröd. Badania nad zachowaniem się odczynu wiązania dopełniacza wykazały spadek, a nawet zupełne znikanie przeciwciał we krwi podczas leczenia *sanocrysiną*; szybkość opadania krwinek stale wzrastała; po przerwaniu wstrzykiwań ilość przeciwciał znów wzrastała, a szybkość opadania krwinek zmniejszała się. Odczyn Pirquette'a spadał podczas leczenia, aż do zupełnego zniknięcia, aby znów powrócić po jego ukończeniu.

Statystyka chorych, którą znajdujemy w książce M., obejmuje 135 przypadków gruźlicy płuc i ogólnej, 47 gruźlicy chirurgicznej i 22 gruźlicy dziecięcej. Statystyka ta przedstawia się dosyć ponuro. Samych wypadków śmierci wskutek leczenia jest 20; 18 śmierci w przypadkach z rubryki »obostrzenie« oraz »brak wpływu«, które wynikły, wedle słów autora, z istoty cierpienia. Wstrząs tuberkulinowy dał 5 śmierci, objaw Herxheimera 2; zatrucie *(sanocrysiną)* 5 śmierci i szybko postępujące wyniszczenie 6 śmierci. Historja chorób wskazuje, że stosujący *sanocrysinę* błądzili w początkach pomacku. Wystarczy powiedzieć, że wypadki śmierci z zatrucia wynikły z tego, że stosowano po 1,0—1,25—1,50 co drugi lub trzeci dzień (kumulacja!); w przypadkach lekkich, bez prątków, (9 leczonych) otrzymano wyniki dobre tj. ustąpienie wszelkich objawów. W przypadkach lekkich i prątkujących na 19 otrzymano w 10-u ustąpienie wszelkich objawów, a w 4-ch poprawę (razem 14 z poprawą) w 4-ch *sanocrysina* nie wpłynęła na przebieg, a w jednym dała obostrzenie.

W przypadkach ciężkich: na 83 leczonych, w 5-u ustąpienie objawów, 24-ch poprawa, w 36-u brak wpływu; w 18-u pogorszenie (w dwóch ostatnich rubrykach 18 przypadków zakończyło się śmiercią). Zastanawiającem jest t. zw. ustąpienie objawów w rubryce »ciężko chorych«. Przez to rozumieją autorzy: trwały spadek ciepłoty, trwałe zniknięcie prątków z plwociny, ustąpienie objawów wysiękowych, znaczny przyrost wagi u chorych, leczonych uprzednio szereg lat metodami sanatorjalnemi bez wyników, lub odmą, również z wynikami nikłemi, z powodu zrostów lub przerzutu na drugie płuco. Objawy, wynikające ze spustoszenia »mechanicznego«, jakie gruźlica zostawiła w tych przypadkach, lub wynikające z istnienia łącznotkankowego zwyrodnienia płuc nie ustępują oczywiście wskutek leczenia *sanocrysiną*. Chorych takich poddano dalszemu leczeniu sanatorjalnemu lub odmie i torakoplastyce w wypadkach jam. Do kategorji ciężko chorych, leczonych bez wyniku, należą chorzy z ciężkiemi, staremi zmianami włóknisto-serowatemi, z rozpadem i nieraz z obostrzeniami zapalnemi (świeżemi). U kilku takich chorych zaprzestano leczenia, u innych leczenie ma być stosowane dalej (po zamknięciu statystyki); u innych znów nastąpiła śmierć jako zakończenie nieubłagane procesu postępującego pomimo *sanocrysiny*. W przypadkach »ciężkich z obostrzeniem« chorzy źle znosili *sanocrysinę* i z tego powodu zastrzykiwano ją w długich (nieraz jednomiesięcznych) odstępach czasu lub w małych dawkach, które pobudzały gruźlicę zamiast ją leczyć, i dawały bardzo znaczne pogorszenia.

Bardzo interesujące są dwa przypadki gruźlicy prosówkowej z poprawą (umieszczono je w rubryce »poprawa« tylko dlatego, że pozostały niewyleczone ogniska uboczne, jak gruczoł ropiejący, punkt wyjścia gruźlicy prosówkowej). W jednym z tych przypadków, bardzo ciężkim, stwierdzono uprzednio przechodzenie prątków przez nerki. W każdym z tych przypadków nastąpiło znaczne wyjaśnienie na płycie roentgenologicznej (lub zupełne zniknięcie plamek), spadek ciepłoty do normy i duża poprawa stanu ogólnego. (Trzeci przypadek gruźlicy prosówkowej wcielono niesłusznie do rubryki »bez objawów«, gdyż rozpoznanie nie jest uzasadnione historją choroby, przytoczoną w książce). Gdy się wraca myślą do owej fatalnej cyfry 20 śmierci w skutek samego zabiegu mimowoli przychodzą na myśl wypadki zatorów przy odmie, opisane w piśmiennictwie w zaraniu jej stosowania: wszak obecnie na tysiące przypadków odmy, rzadko słyszy się o zatorach.

Z kategorji gruźlicy chirurgicznej leczono (w Instytucie Finsena) 47 chorych; w 27 przypadkach zastrzykiwano *sanocrysinę* dożylnie z wynikiem nieznacznym. Resztę chorych leczono miejscowo przez infiltrowanie chorej tkanki 1% rozczynem lub przez wstrzykiwanie n. p. do stawu, pęcherza 1%—5% rozczynu; wyniki otrzymano bardzo korzystne.

Z kategorji gruźlicy dziecięcej, gruczołowej i płucnej, leczono 22 przypadki; z tych z dużą poprawą 17, z poprawą 2, bez zmiany 2, i 1 z wynikiem śmiertelnym w skutek samego leczenia. Były to w większej części, przypadki ciężkie.

Zapoznanie się na miejscu z materjałem klinicznym który się uzbierał po wydaniu książki (do stycznia 1925), upoważnia do bardziej optymistycznego sądu o *sanocrysinie.* Nauczono się wielu rzeczy: wstrząs tuberkulinowy, śmiertelne obostrzenie procesu, lub objaw Herxheimera należą obecnie do wypadków rzadkich, dzięki czemu wyniki dodatnie występują jaskrawiej i widzi się nieraz poprawy wprost zdumiewające. Niepodobna ująć cyfrowo tych około 400 przypadków, gdyż sami autorzy nie opracowali ich jeszcze staty-

stycznie, przygotowując materjał do wielkiej dyskusji o *sanocrysinie* w Kopenhadze w maju b. r.

Na oddziale Knuta Fabera widziałem roentgenogramy, robione w odstępach dwumiesięcznych, w których występowały takie różnice, jakie się czasem tylko widzi po rocznej kuracji sanatorjalnej, (wedle słów tegoż Fabera): obraz wyjaśnia się znacznie, cienie stają się ostro odgraniczone, zjawiają się smugi, zmniejsza się ilość plamek.

Na oddziale Permina widziałem przypadek odmy, gdzie w toku leczenia zjawił się świeży, ostry proces po drugiej stronie; po dwóch miesiącach leczenia *sanocrysiną* znaczna poprawa, wyjaśnienie niemal zupełne na płycie. To samo w innym przypadku rozsianej ostrej sprawy po krwotoku.

Na oddziale Sechera prócz podobnych przypadków, widziałem przypadki wysięków surowiczych w opłucnej, o uporczywej wysokiej ciepłocie, leczonej z szybkim, dobrym wynikiem.

Sofus Bang stosował *sanocrysinę* tylko w dwóch przypadkach: w jednym z nich w *tbc. miliaris*, gdzie na roentgenogramie oba pola płucne były zasiane bardzo licznemi, drobnemi plamkami, otrzymał wybitną poprawę, jednak po szóstem wstrzykiwaniu, którem chciał zakończyć leczenie, zjawiło się ostre zapalenie nerek i chory zginął po dwóch dniach.

Na oddziale chirurgicznym prof. Rowsing leczył kilka przypadków gruźlicy pęcherza po wycięciu nerki zawsze z wynikiem pomyślnym; nie poddające się innemu leczeniu owrzodzenie zabliźniało się po kilku wstrzyknięciach 5% *sanocrysiny* i bez objawów jakiegokolwiek podrażnienia. W kilku przypadkach gruźliczych zapaleń stawów, leczonych wstrzykiwaniem *sanocrysiny* do stawu i do torebki, naciek i obrzęk stawu dosyć szybko się zmniejszał i chory odzyskiwał stopniowo ruchomość stawu. Rowsing wstrzykuje również 5% *sanocrysinę* do ropni chłodnych, po uprzedniem opróżnieniu z ropy. Przy leczeniu spraw otwartych, stawowych lub kostnych, połączonych z rozległą gruźlicą części miękkich, tamponowanie 5% *sanocrysiną* oczyszcza ranę bardzo szybko; chora ziarnina oddziela się jakby przez demarkację i powstaje świeża, zdrowa, szybko dająca bliznę. Sprawy otwarte nie dają żadnego odczynu ogólnego; w zamkniętych zjawia się odczyn gorączkowy, a czasem osutka i białkomocz. Dr. Grawesen (dyrektor Sanatorjum w Veile Fiord) miał 50% poprawy na 50 pogorszenia i bez zmiany. W przypadkach niepomyślnych obserwował powiększenie się jam, jako wyraz reakcji ogniskowej.

Niepodobna oczywiście opisywać tutaj przebiegów leczenia. Podkreślę tylko dwa charakterystyczne objawy: Typowa krzywa ciepłoty w przypadkach z rokowaniem dobrem: szybkie wzniesienie się ciepłoty do 39° nieraz 40° i po dwóch dniach trwania spadek stopniowy w ciągu następnych dwóch do czterech dni. W przypadkach gruźlicy włóknistej ten odczyn gorączkowy każe na siebie czekać dzień lub dwa. Drugi charakterystyczny objaw polega na tem, że po 5—6 wstrzyknięciu *sanocrysina* nawet w dawce zwiększonej (do 1,25) nie wywołuje już prawie żadnego odczynu gorączkowego (Faber nazywa ten objaw *sanocrysin-Festigkeit*), zdaje się dlatego, że *sanocrysina* zadziałała już prawdopodobnie na wszystkie dostępne prątki. Dodać należy, że u wszystkich chorych spada gwałtownie waga podczas leczenia, by potem szybko się podnieść przy zwykłem szpitalnem żywieniu.

Zjawia się pytanie, czy można otrzymać zapomocą *sanocrysiny* tzw. »*sterilisatio magna*«? Otóż wszyscy zgodnie twierdzą, że nie. Tylko Mölgaardowi udało się otrzymać ją u zwierząt, zakażonych gruźlicą dożylnie nawet bardzo dużemi dawkami, u których leczenie *sanocrysiną* rozpoczęto dość szybko. U ludzi pozostaje zawsze nie wyleczone t. zw. ognisko pierwotne, gdzie prątki są niedostępne dla *sanocrysiny* za wałem tkanki łącznej, w chronicznych zaś, włóknistych postaciach, jak łatwo zrozumieć, powstaje przypuszczalnie szereg takich miejsc, odosobnionych od mesodermy (krwi) o tyle, że *sanocrysina* nie mogła przeniknąć w dostatecznem stężeniu. *Sterilisatio magna* u ludzi byłaby nawet nie pożądaną, gdyż, jak wiadomo odporność ustroju taka lub inna trwa tak długo, dopóki w nim tkwi lasecznik i szybko ginie z chwilą zupełnej sterylizacji.

Zapatrywania na różne sprawy połączone z leczeniem *sanocrysiną* Knuta Fabera, Permina, Zechera, Bie, Rowsinga, Würtzena, Grawesena, Bogasona — są w głównych zarysach zgodne. Nazwiska ich są dostateczną gwarancją bezstronności, ostrożności i ścisłości badań. Jeden tylko Secher okazał się czasem zbyt śmiałym w wyborze przypadków. Zdaniem ich nadają się najbardziej do leczenia przypadki ostre wysiękowe, nawet bardzo ciężkie, połączone nieraz z rozległemi ogniskami zapalnemi odoskrzelowemi, wszelkie obostrzenia przewlekłych schorzeń, jak rozsiane, pokrwotoczne procesy, ostry przerzut na drugie płuco przy odmie i t. p. Mniej nadają się postacie produktywne, włókniste, gdzie ogniska chorobowe są otoczone wałem tkanki, słabo unaczynionej. Przypadki z silną toksemją (przyśpieszenie tętna, poty nocne itp) stanowią raczej przeciwwskazanie do *sanocrysiny*, jak i przypadki z biegunką, jako wogóle ciężkie i wróżące bliskie wyniszczenie. Przypadki bardzo lekkie jak n. p. schorzenia gruczołów, zapalenia opłucnej, nieznaczne zmiany szczytowe, nie powinny być leczone *sanocrysiną*, gdyż dają zwykle i tak dobre rokowania, leczenie zaś *sanocrysiną* przedstawia bądź co bądź duże ryzyko. Co się tyczy ciąży, jako przeciwwskazania, nie ma doświadczenia u ludzi. Zwierzęta ciężarne znoszą *sanocrysinę* zupełnie dobrze (zdaniem M. *sanocrysina* zupełnie nie wpływa na przebieg ciąży). W t. zw. gruźlicy miejscowej, wskazania ograniczają się na razie do stosowania *sanocrysiny* miejscowo w postaci 5% roztworu, jako przepłukiwań pęcherza, zastrzykiwań do stawów i przetok, tamponowania ran otwartych o chorej ziarninie, infiltrowanie torebki stawowej lub n. p. wilka.

Wymienieni autorzy (z wyj. Bogasona) są zwolennikami dużych dawek dożylnych; rozpoczynają od 0,5 (w wyjątkowych wypadkach 0,25) i szybko przechodzą do 1,0 gr. Ponieważ *sanocrysina* wydziela się z moczem w ciągu czterech do sześciu dni. nie powinno się stosować wstrzykiwań częściej niż co 4—5 dni. Zwykle robi się serję z 5—7 wstrzyknięć, a w razie potrzeby powtórną serję po kilkotygodniowym odpoczynku (należy unikać stosowania As., który czyni nerki bardzo wrażliwemi na *sanocrysinę*.

Zwolennikiem dawek małych jest Bogason (sanat. Sölerőd), stosuje on dawki 0,1 do 0,02, obliczając tak, by stężenie *sanocrysiny* we krwi była zbliżone do tej, jaka zabija laseczniki *in vitro*. Stara się on wywołać podwójny proces: zadziałać trująco na zarazek i działać uodporniająco na ustrój przez wyzwalanie zapomocą małych dawek *sanocrysiny*, małych ilości endotoksyn. Nie używa prawie wcale surowicy, gdyż nie obawia się wstrząsu przy małych dawkach, Leczył tylko przypadki ciężkie; otrzymywał zniżkę ciepłoty nieraz utratę prątków, przyrost wagi; tempo leczenia bardzo wolne. Również Permin (Frideriksberg Hosp) rozpoczyna obecnie próby małemi dawkami.

W sprawie stosowania surowicy opinje klinicystów nie są jednakowe. Knut Faber stosuje ją w każdym przypadku i w dużych dawkach: po 20 cm³ dwa razy dziennie, nieraz 7—10 dni z rzędu. Inni stosują rzadziej, ale zawsze 20 cm³ na 36 godzin przed pierwszem wstrzyknięciem *sanocrysiny*, i tylko w przypadkach, gdzie się upewnili, że mogą nie obawiać się wstrząsu, przestając ją stosować, zachowując ją na wypadek zjawienia się białkomoczu, (który wedle wszystkich stanowi wskazanie do zastosowania surowicy, zapobiegającej istotnie białkomoczowi, a w razie jego ukazania się skrócającej trwanie i zmniejszającej jego stopień). Zapowiedź wstrząsu jest wskazaniem naglącem do użycia surowicy. Przy wstrząsie szybko się rozwijającym, zastrzykują natychmiast dożylnie 20 cm³, poprzedzając zastrzyknięcie dawką odczulającą 1—2 cm³. Ujemne strony stosowania surowicy, prócz anafilaksji, polegają i na tem, że surowica cieląt jest bardzo toksyczna dla ludzi. Nic więc dziwnego, że uważa się surowicę za zło konieczne.

Jasnem jest, że stosowanie *sanocrysiny* możliwem jest tylko w klinikach, wszpitalach, lub dobrze urządzonych sanatorjach. Konieczność codziennego badania moczu, kreślenie dokładnej krzywej ciepłoty, tętna wagi, ciągła groźba wstrząsu

lub anafilaksji wymaga obsługi wyszkolonej, umiejącej poradzić sobie w porę w każdym wypadku.

To, co wiemy już dziś o *sanocrysinie*, nie pozwola nam na jej lekceważenie. Fakt, iż po pierwsze: *sanocrysina* przy silnym bakterjotropiźmie jest prawie pozbawiona organotropizmu, jest dużem zwycięstwem, po drugie: *sanocrysina* daje wyniki uderzające w wypadkach, z których wiele bywało dotąd straconych. Jako zaletę podkreślić należy szybkość leczenia w porównaniu ze sposobami dotychczasowemi. Stosowanie miejscowe daje również wyniki dobre i może być swobodniej traktowane, ponieważ znacznie rzadziej towarzyszy mu wstrząs, zatrucie i t. p.

Z drugiej strony należy sobie zdać dokładnie sprawę, że w większości przypadków leczenie *sanocrysiną* to ciężka operacja internistyczna dla chorego, cięższa od niejednej chirurgicznej. Wysokie skoki gorączki, uciążliwe wymioty, nieraz biegunka, duży spadek wagi i osłabienie, dochodzące do prostracji, wypryski na twarzy nie mówiąc o częstej osutce, połączonej z łuszczeniem się całego ciała, skłaniają często chorych do zaniechania dalszego leczenia się, a świadków do zaniechania zamiaru leczenia. Wedle słów Madsena, niektórzy lekarze ze zgrozą patrzyli na dzieło swoje: na chorego, bredzącego, walczącego, zdawało się, ostatnim wysiłkiem ze śmiercią—szczególnie podczas pierwszych dni wprowadzenia *sanocrysiny* do lecznictwa. Dopiero dzięki wynikom późniejszym, jakościowym i ilościowym, szczególnie w przypadkach dobranych trafnie, pesymizm, ustępował miejsca optymizmowi.

Dalszą ujemną stroną leczenia *sanocrysiną* jest konieczność wprowadzania bardzo dużych dawek obcej surowicy Dalsze badania kliniczne, które się przeprowadza nie tylko w Skandynawji, ale i w innych krajach Europy i w Ameryce, dadzą niewątpliwie wiele nowego w kierunku wskazań, techniki a zwłaszcza w kierunku przygotowania mniej toksycznej i bardziej skoncentrowanej surowicy.

Na zakończenie podkreślę jeden szczegół, mało na pozór znaczący dla kliniki. W przypadkach, w których następuje poprawa tylko nieznaczna, *sanocrysina* powoduje trwałe zniknięcie prątków z plwociny, a już samo to stanowi o jej wielkiem znaczeniu społeczno-sanitarnem.

Przegląd piśmiennictwa.

Compt. rend. de la Soc. de Biol.

Nr. 1. 1925.

Lambert i Hermann. **Insulina i sok trzustkowy.** Autorzy badali stosunek wzajemny wewnętrznego i zewnętrznego wydzielania trzustki i przekonali się w doświadczeniach na psach, że zastrzyki insuliny nigdy nie wywołnją wzmożenia wydzielania soku trzustkowe o.

G. Blanc i Caminopetros. **O doświadczalnem gruźliczem zapaleniu spojówek u królika.** Autorzy, szczepiąc pod spojówką wytwory gruźlicze wywoływali u królików gruźlicze zapalenie spojówek. Stałość i szybkość otrzymywanych wyników, łatwość tłumaczenia ich i możność określania ich charakteru z całą pewnością za pomocą badań drobnowidowych tworzą z tej próby doświadczalnej doskonały odczyn laboratoryjny, który można spożytkować w klinice do rozpoznawania gruźlicy. Na 26 przypadków szczepień wytworów gruźliczych (płyn mózgowo-rdzeniowy, mocz, płyn wysiękowy z kolana i z opłucnej, ropa z zimnych ropni, plwocina), w których badanie mikroskopowe nie wykazało (z wyjątkiem plwociny) obecności prątków — otrzymano 26, czyli 100% wyników dodatnich.

Nr. 2. 1925.

Bezançon i E. Etchgoin. **O obecności krętków w plwocinach krwawych.** Na podstawie badań bakterjologicznych 239 plwocin autorzy przekonali się, że na 27 plwocin krwawych; pochodzących od gruźlików, w 26 był obecny krętek podobny do *spirochaete bronchialis Castellaniego.* W 209 plwocinach gruźliczych, poza okresem krwioplucia, bez względu na obecność lub nieobecność prątków, krętków tych nie znajdywano, nie znaleziono ich również w plwocinach krwawych, pochodzących z rozstrzeni oskrzeli. Za pomocą ultramikroskopów krętek omawiany daje się z łatwością odróżnić od krętków banalnych z jamy ustnej.

Lundsgaard i Holboell. **Poszukiwania porównawcze nad dyfuzją glukozy, zawartej we krwi i w czystych rozczynach glukozy.** Pomimo wielkiej ilości doświadczeń nie rozstrzygnięto dotychczas stanowczo pytania, czy cukier we krwi istnieje w stanie wolnym, czy też jest związany częściowo lub w całości z koloidami krwi. Autorzy wykonali szereg doświadczeń, polegających na tem, że badali warunki dyfuzji glukozy, zawartej w następujących płynach:

1) czysty rozczyn glukozy 0,1—0,3%,
2) krew ludzi zdrowych z dodatkiem glukozy lub bez,
3) krew diabetyków,
4) osocze krwi.

Płyny te umieszczane zawsze w jednakowych warunkach w woreczkach kolodjonowych, pozwalających na dyfuzję wyłącznie krystaloidów, a zatrzymujących koloidy. Z badań tych okazało się, że:

1) Dyfuzja glukozy jest zupełnie jednakowa dla krwi osobników zdrowych i dotkniętych cukrzycą.

2) Pomiędzy dyfuzją glukozy krwi i dyfuzją czystego rozczynu glukozy istnieją różnice wyłącznie ilościowe: współczynnik dyfuzji dla rozczynów glukozy jest $2^1/_2$ razy większy od współczynnika dla krwi.

3) Żaden szczegół nie potwierdza hipotezy, jakoby pewna ilość cukru we krwi była związana z koloidami krwi; należy przeto uważać, że glukoza we krwi istnieje w stanie wolnym i że niema pod tym względem żadnej różnicy pomiędzy krwią prawidłową i krwią chorych cukrzyczych.

Nr. 3. 1925.

E. Marchouq i Cohen. **O leczeniu zimnicy stowarsolem.** Autorzy badali wartość leczniczą stowarsolu (kwasuacetylooksyaminofenyloarsenowego) w zimnicy na chorych, dotkniętych porażeniem postępowem, których w celach leczniczych szczepiono zarazkami malarji. Gdy po 10 napadach należało przerwać trwanie zakażenia, zastrzykiwano dożylnie sól sodową stowarsolu. Jeden zastrzyk okazał się wystarczającym do osiągnięcia wyleczenia z zimnicy, Pasorzyty znikały zupełnie ze krwi w ciągu 24 godzin, a często w czasie jeszcze krótszym. Pierwsze ginęły gamety, których większość okazuje się tak odporną w stosunku do działania chininy. Dalsze badania przekonają, czy stowarsol, stosowany samoistnie lub też łącznie z chininą, okaże się skutecznym w tak uporczywych czasem przypadkach przewlekłych.

Lucien Brouha. **O wpływie kwasów aminowych na żyły i kapilary.** Fredéricq i Brouha wykazali, że kwasy aminowe wywołują zmniejszenie napięcia ścian tętnic. Autor zajął się zbadaniem wpływu tych kwasów na żyły i naczynia włosowate. Z doświadczeń jego wynika, że kwasy aminowe również i w żyłach wywołują zmniejszenie napięcia ścian żylnych. i to zarówno w żyłach obwodowych jak i trzewnych. Na kapilary kwasy te nie wywierają bezpośredniego wpływu rozszerzającego, natomiast ilość kapilarów otwartych dla krążenia krwi powiększa się.

Lucien Brouha. **O wpływie kwasów aminowych na gładkie włókna mięsne.** Z doświadczeń autora nad wpływem kwasów aminowych na wyodrębnione odcinki moczowodu, macicy i jelit wynika, że wywierają one wpływ wybitnie zmniejszający napięcie gładkie włókien mięsnych tych narządów. Kwasy te okazują więc te samo działanie zmniejszające napięcie zarówno na włókna mięsne naczyń, jak i na mięśniówkę trzew. Tem różnią się one od adrenaliny. Wiadomo, że adrenalina działa w sposób odmienny na włókna mięsne naczyń i na włókna mięsne narządów wewnętrznych, wywierając swój wpływ za pośrednictwem nerwowych elementów obwodowych. Należy więc uznać, że kwasy aminowe działają na inny czynnik niż adrenalina i że nim jest wprost samo włókno mięsne.

Z badań powyższych wynika, że rozszerzenie się naczyń krwionośnych pod wpływów kwasów aminowych zależy od ich własności zmniejszania napięcia gładkich włókien mięsnych.

Lorenzini. **Cechy różniczkowe witamin pokarmowych i witamin wyosobnionych.** Witaminy wyosobnione okazują działanie lecznicze silniejsze niż witaminy pokarmowe, ale

wywierają swój wpływ dobroczynny na odżywianie nawet w tych przypadkach, w których zawodzą witaminy pokarmowe. Dowodzi to, że witaminy pokarmowe i wyodrębnione muszą posiadać pewne cechy odmienne, które mogłyby wytłumaczyć różnice działania leczniczego.

Badania autora nad sokiem, wyciśniętym z marchwi, szpinaku i pomidorów i zawierającym w znacznej ilości witaminy A, B i C, wykazały, że witaminy pokarmowe składają się z koloidów nietrwałych, wykazujących przy badaniu ultramikroskopem ziarna duże, o bardzo słabych wahaniach Browna, że zachowują się jak koloidy elektroujemne i cechują się dializą bardzo powolną.

Badania zaś rozczynów wodnych witamin otrzymanych z tegoż źródła wykazały, że witaminy wyosobnione składają się z koloidów trwałych, o ziarnach dużych, bardzo mocnych wahaniach Browna, zachowują się jak koloidy elektrododatnie i cechują się dializą szybką.

Stan rozczynu, w jakim znajdują się witaminy w pokarmach, tak odmienny od stanu, w jakim znajdują się witaminy wyosobnione, wyjaśnia nam dostatecznie różnicę działania leczniczego. Z badań tych nie wynika bynajmniej, aby witaminy były natury koloidalnej, dowodzą one natomiast z całą pewnością, że są one w znacznej części związane lub też wiążą się z łatwością z podłożem koloidalnem o mniejszej lub większej dyspersji.

Nr. 4. 1925.

M. M. Levy i P. Cordier. **O wchłanianiu się insuliny drogą przewodu pokarmowego.** Autorzy próbowali zastosować na człowieku sposób Wintera podawania insuliny *per os* w rozczynie alkoholowym, który się szybko wsysa wprost z żołądka. Winterowi w doświadczeniach na królikach udawało się otrzymać znaczne obniżenie poziomu cukru we krwi. Badania przeprowadzono zarówno na osobnikach zdrowych jak i dotkniętych cukrzycą. Wynika z nich, że insulina wchłonięta przez przewód pokarmowy w rozczynie alkoholowym może obniżyć poziom cukru we krwi, ale w sposób nie tak stały i prawidłowy, jak po zastrzykach podskórnych; w niektórych przypadkach z powodów, nie dających się uchwycić, działanie insuliny nie ujawniało się wcale. Może przeciwdziała tu szybkość opróżniania się żołądka, wpływ kwasu solnego lub zaczynów trawiennych. Na razie zatem sposobu tego nie można zastosować w celach leczniczych.

B. Douglas. **Leczenie oparzeń adrenaliną. Jej działanie bakterjobójcze i antyseptyczne.** Adrenalina wywiera nadzwyczaj dobroczynny wpływ na gojenie się oparzeń. Pod wpływem okładów z adrenaliny rany goją się szybko. Chory powraca do zdrowia bez gorączki i objawów zatrucia. Autor stwierdził to zarówno na człowieku, jak i doświadczalnie na królikach, które specjalnie oparzone i leczone następnie wyłącznie adrenaliną powracały do zdrowia, gdy króliki kontrolne ginęły wśród objawów typowych dla śmierci z oparzenia. Adrenalina stosowana w okładach i w odpowiednich rozczynach (1:2000 do 1:10000) nawet na bardzo rozległe rany z oparzeń jest zupełnie nieszkodliwa. Nagłe zaprzestanie stosowania może wywoływać zaburzenia miejscowe (przekrwienie). Należy zwracać baczną uwagę, aby stosować rozczyny bardzo rozcieńczone.

Autor stwierdził również, że adrenalina posiada wybitne właściwości bakterjobójcze i antyseptyczne i dowiódł w całym szeregu doświadczeń porównawczych *in vitro*, że działa ona zabójczo na paciorkowce w ogólności, a szczególnie na paciorkowce hemolizujące, na gronkowce, na prątki ropy błękitnej, na *B. coli*, na prątki durowe i t. d.

Dobroczynny wpływ adrenaliny na rany z oparzeń bezwątpienia zależy głównie od jej własności zwężania naczyń. W zakażeniach adrenalina działa miejscowo, stwarzając warunki niesprzyjające rozmnażaniu się drobnoustrojów, przenikaniu wgłąb i wchłanianiu ich wytworów.

Nr. 5. 1925.

Christen Lundsgaard i Eggert Moeller. **Badania wartości próby fenolosulfoftaleinowej w chorobach nerek i w zaburzeniach krążenia.** Autorzy badali na 102 chorych, dotkniętych cierpieniami nerek i narządu krążenia, wartość próby fenolosulfoftaleinowej i przekonali się, że wydzielanie podanego dożylnie barwnika zależy przedewszystkiem od krążenia krwi w nerkach. Zmniejszenie wydzielania barwnika może zależeć od osłabienia krążenia krwi ogólnego, które wpływa również i na nerki (choroby serca, może również i wzmożone ciśnienie); lub też zmniejszenie to zależy od miejscowego osłabienia krążenia w nerkach (*nephrosclerosis, glomerulonephritis*, może niektóre postacie hipertensji i białkomocz ortostatyczny). Przy zatrzymaniu płynu w tkankach i w czystych nefrozach niepowikłanych wydzielanie barwnika nie jest zmniejszone, o ile te stany chorobowe wtórnie nie powodują zaburzeń krążenia, albo nie są powikłane przez osłabienie krążenia miejscowe lub ogólne.

Weissmann i Netter. **Równowaga kwasowo-zasadowa i miesiączkowanie.** Autor określał Ph i rezerwę alkaliczną u kobiet w związku z miesiączkowaniem. Z badania 15 zdrowych kobiet wynika, że w tygodniu przedmiesiączkowym stwierdza się spadek rezerwy alkalicznej, wzrastający dość prawidłowo, tak, że poziom najmniejszy osiąga się w dzień poprzedzający zjawienie się wypływu miesiączkowego. Następnie zaś rezerwa alkaliczna gwałtownie wzrasta, ale nie osiąga odrazu wielkości notowanych w okresie międzymiesiączkowym.

Co się zaś tyczy Ph, to wysokość jego w okresie przedmiesiączkowym naogół zmniejsza się w stosunku do liczb stwierdzanych w czasie odległym od miesiączki, nie opada jednak nigdy poniżej 33, liczby uznanej przez autora, jako dolny stopień wahań fizjologicznych.

U 2 kobiet chorych, których rezerwa alkaliczna w okresie międzymiesiączkowym była nieprawidłowa, stwierdzono podobne stosunki, jak i u zdrowych.

Odchylenia od tych stosunków stwierdzono tylko w 2 przypadkach w związku ze szczególnemi powikłaniami (migrena, ostry napad obłędu).

Z badań powyższych wynika, że okres przedmiesiączkowy cechuje się stanem wyrównanej kwasicy.

Fontan. **Przemiana oddechowa świnek morskich w czasie doświadczalnego zakażenia gruźlicą.** Sprawa przemiany oddechowej w gruźlicy była przedmiotem licznych badań, których wyniki u różnych autorów okazywały się sprzeczne: jedni znajdywali ją prawidłową lub zmniejszoną, inni powiększoną.

Badania doświadczalne autora na zakażonych gruźlicą świnkach morskich wykazały, że

1) przez okres dość długi krzywa tlenu pochłoniętego idzie względnie równolegle ze spadkiem wagi, tak, że współczynnik oddechowy (O_2 pochłonięte przez klg-godzinę) pozostaje stosunkowo prawidłowym;

2) poczynając od pewnego dnia (przeciętnie po 3 tygodniach i na 1—2 tygodni przed śmiercią) stwierdza się rozbieżność pomiędzy krzywemi wagi i pochłoniętego tlenu. Podczas, gdy waga nadal spada, pochłanianie tlenu wzmaga się znacznie; współczynnik oddechowy przeto widocznie wzrasta.

Z badań tych wynika, że oddechowa przemiana materji u zakażonej gruźlicą świnki morskiej nie przebiega jednakowo przez cały czas trwania zakażenia. W pierwszym dłuższym okresie współczynnik oddechowy pozostaje względnie prawidłowym, w okresie drugim końcowym znacznie wzrasta.

Ta dwoistość w przebiegu może wytłumaczyć rozbieżność wyników uprzednio otrzymanych przez innych autorów.

Nr. 6. 1925.

Lambert i Hermann. **Sekretyna i glikemja.** Autorzy badali, w jaki sposób zachowuje się poziom cukru we krwi pod wpływem wzmagającej wydzielanie soku trzustkowego sekretyny. Z badań ich wynika, że:

1) sekretyna wywołuje początkowo szybko przemijającą hiperglikemję, stopniowo następnie się zmniejszającą i dochodzącą czasem do nieznacznej i niestałej hipoglikemji:

2) hiperglikemji, wywołanej przez sekretynę, nie można w żaden sposób uzależniać od zmian w wydzielaniu wewnętrznem trzustki, albowiem utrzymuje się po jej usunięciu.

J. Typograf (Warszawa).

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.
Nr 1. Styczeń. 1925.

J. Nicolas, J. Gaté i P. Ravault. **Z racji dwu przypadków rumienia stwardniałego Barina.** Jakkolwiek większość autorów uważa rumień stwardniały Barina za schorzenie gruźlicze skóry z grupy tuberkulidów, to przecie zapatrywanie to nie jest bynajmniej zapatrywaniem do dziś dostatecznie popartem a przez to bezwzględnie rozstrzygniętem, bo nie brak także głosów skłaniających się do poglądów odmiennych, a mianowicie do przyjęcia etjologji niejednolitej nietylko wyłącznie gruźliczej. W tym ostatnim przypadku rumień stwardniały Barina należałoby uważać za zespół pewnych określonych cech klinicznych o różnej etjologji.

Rumień Barina mógłby być odmianą rumienia guzowatego o przebiegu przewlekłym lub odczynem zapalnym skóry na jakikolwiek czynnik chorobotwórczy banalny. Które zapatrywanie jest słuszne autorowie nie chcą rozstrzygnąć, bo do tego potrzebaby bardzo licznych obserwacyj całego szeregu przypadków. Niemniej dwa spostrzegane przez autorów przypadki mogą być przyczynkiem do etjologji rumienia stwardniałego. W obu przytoczonych przypadkach, mimo typowych objawów rumienia stwardniałego nie zdołano klinicznie stwierdzić najmniejszych objawów gruźlicy w ustroju, nie wykazano prątków gruźliczych ani w preparatach histologicznych ani we kwi ani drogą przeszczepiania na królika, ale czyż te ujemne wyniki badania, pytają autorowie słusznie, są dostatecznemi dowodami przemawiającemi przeciw etjologji gruźliczej? Nie przemawia »przeciw« jak nie przemawia bezwzględnie »za« utkanie histologiczne w tuberkulidach najczęściej napotykane, ale przecie nie bezwzględnie dla tuberkulidów znamienne. Jakkolwiek w obu przypadkach przytoczonych przez autorów obraz histologiczny odpowiadał obrazowi tuberkulidu, autorowie nie chcą na nim opierać etjologji gruźliczej, podnoszą jednak z naciskiem, że dodatni wynik wiązania dopełniacza z wywoływaczem gruźliczym stwierdzony w obu przypadkach przemawia przecież za etjologją gruźliczą.

Lee Mac Carthy. **Przyczynek do badań nad grzybicami naskórka z przedstawieniem sześciu nowych pasorzytów.**

J. May. **Hiperkeratoza zlewająca się i uogólniona w następstwie stosowania salwarsanu.** Plamy barwikowe, jako następstwo leczenia arszenikiem, znane są powszechnie, natomiast w piśmiennictwie francuskiem nie opisuje nikt zmian barwikowych w skórze, jako następstwa leczenia salwarsanem. Tymczasem ze spostrzeżeń autora wynika, że salwarsan jako połączenie arsenowe może być przyczyną plam barwikowych i to plam zarówno wtórnych, powstałych po zmianach zapalnych w skórze jakoteż, co ważniejsze, plam samoistnych niejednokrotnie dosyć rozległych. Te przebarwienia arsenowe zdarzają się najprawdopodobniej po stosowaniu dawek wyższych salwarsanu niż te, które stosuje się powszechnie we Francji. W Uruguaju lekarze stosują w ciągu 3 lub 4 lat leczenia kiły nierzadko około 200 gr (!) neosalwarsanu, a sam autor zastosował u jednego chorego w ciągu 6 lat leczenia około 150 gr neosalwarsanu.

Plamy barwikowe posalwarsanowe nietyle jednak zasługują na uwagę, ile spostrzegany przez autora przypadek hiperkeratozy ogólnej rozsianej w postaci drobnych guzków zrogowaciałych, guzków trzymających się ujść gruczołów potowych, bądź odosobnionych, bądź zlewających się w większe ogniska, a rozmieszczonych gęsto na tułowiu i odnóżach. Znane powszechnie nadmierne rogowacenie przyskórka po stosowaniu arsenu ogranicza się zwyczajnie do skóry dłoni i podeszew. Przypadek autora dowodzi, że po stosowaniu znacznych dawek neosalwarsanu hiperkeratoza arszenikowa może się uogólnić i pojawić się w tej wyjątkowej postaci.

R. Bonnefous i A. Valdiguié. **Tłuszczaki i hipercholesterynemja.** Do poprzednich swych spostrzeżeń, że tłuszczakom towarzyszy nadmierna ilość cholesteryny we krwi dodają autorowie spostrzeżenia nowe oparte na dwu przypadkach. W przypadku pierwszym ograniczonemu, tłuszczakowi na przedramieniu towarzyszyła dosyć znaczna ilość cholesteryny we krwi bo dochodząca do 0,243% natomiast tłuszczak sam nie zawierał ani śladu cholesteryny. W przypadku drugim tłuszczakowi okolicy nadobojczykowej towarzyszyło również zwiększenie ilości cholesteryny we krwi wynoszące 0,225% cholesteryny. Kępkom żółtym *(xanthoma)* towarzyszy, jak wiadomo, wybitna cholesterynemja, a same komórki kępek żółtych wykazują duże ilości cholesteryny. Tłuszczaki cholesteryny nie zawierają, ale być może, że cholesterynę wyłowioną z krwi zmieniają w tłuszcz.

Lenartowicz (Kraków).

Revue du Trachome.
Nr. 3. 1924.

Nicati. **O leczeniu jaglicy środkami wyjaławiającemi i o swoistem działaniu siarczanu miedzi.** Środki takie jak rtęć, jod i arszenik i różne ich preparaty, znane są jako środki bakterjobójcze i wyjaławiające. Próbowano też ich przy leczeniu jaglicy i, aby osiągnąć rozleglejsze i głębsze ich działanie na tkankę chorą, zastrzykiwano je pod spojówkę w roztworach: Sublimat 1:1000, *Hydrargyrum cyanatum* 1:1000, jod 1:1000, arszenik-atoxyl 1:10.

Swoiste działanie siarczanu miedzi na granulacje jagliczе stosowanego w sposób klasyczny na powierzchnię spojówki, znane jest już od czasu Hippokratesa. Ten fakt skłonił autora do wypróbowania tego środka w postaci zastrzykiwań podspojówkowych. Zastrzykiwał po 1 cm^3 w rozcieńczeniach od 1/1000 do 1/100 pod spojówkę w załamku poza tarczką. Występował zależnie od koncentracji większy lub mniejszy, zawsze dość silny jednak obrzęk powieki *(paupières en capote)*, który jednak bez powikłań ustępował po ośmiu dniach. Wstrzykiwania takie autor powtarzał na jednem oku najwyżej sześciokrotnie; po dłuższej przerwie ewentualnie przystępował do drugiej serji. Po kilku takich wstrzyknięciach granulacje ustępowały, a na spojówce powstawała blizna blada *(cicatrix pallida)* gładka, ciemna, lśniąca i nie tworząca zaciągnień. Blizna taka jest stygmatem dokonania się sterylizacji tkanek dotkniętych jaglicą i ich wyleczenia.

J. Sedan i F. Morenon. **Próba leczenia jaglicy rozwiniętej (ciężkiej) metodą Nicati.** Na podstawie pracy Nicatiego autorowie przystąpili do leczenia jaglicy rozwiniętej injekcjami podspojówkowemi siarczanu miedzi.

Zastrzykiwali roztwory od 1/1000 do 1/200 z dodatkiem 1% nowokainy, na jednem oku, podczas gdy drugie pozostawało bez leczenia dla kontroli. Po 2 do 3 zastrzykach granulacje stawały się mniej pełne, mniejsze a następnie występował »stygmat zdrowienia« Nikatiego w postaci bladej blizny półksiężycowej na tarczce. To leczenie zastosowano w 10 przypadkach jaglicy niepowikłanej; u 4-ch chorych uzyskano dużą poprawę, u 4-ch innych poprawę mierną a u 2-ch leczenie pozostawało bez wyniku. Autorzy przypuszczają, że przy stosowaniu siarczanu miedzi w koncentracji 1/100 z dodatkiem, jak proponuje Aubaret, kilka kropli adrenaliny, która ma potęgować jeszcze działanie siarczanu miedzi, będzie można osiągnąć lepsze wyniki.

Revue générale d'ophtalmologie.
Nr. 3. marz 1924.

Dr. Bettremieux. **Oderwanie siatkówki a sklerotomja przyrogówkowa nieprzebijająca.** Autor przytacza trzy przypadki oderwania siatkówki u miopów, jeden stary i dwa świeże, u których przez dokonanie sklerotomji niedrażniącej w pobliżu rogówki osiągnął wyleczenie. Sklerotomja taka ma ułatwiać odpływ krwi żylnej a wywoływać obfity przypływ krwi tętniczej, co ma tu być czynnikiem leczniczym. Autor już wcześniej ogłosił szereg przypadków, z których wynika, że metoda ta daje dobre statystyczne wyniki.

M. Zachert (Kraków).

Beiträge zur Anatomie, Physiologie, Pathologie u. Therapie des Ohres, der Nase u. des Halses.
Von Passow u. Schaeffer
T. XXI. Z. 1—6 1924.

K. Beck-Heidelberg. **Przyczynek do guzów okołomigdałkowych mieszanych (tłuszczak śluzakowaty).** Autor opisuje u 17 letniej chorej guz wielkości jaja gęsiego, o gład-

kiej powierzchni i sprężystej konsystencji, który wypuklał całą okolicę migdałka lewego, powodując przesunięcie języczka na prawo. Gruczoły chłonne nie były powiększone. Ponieważ od strony jamy ustnej wyłuszczenie guza napotykało na trudności, przystąpił autor do wyłuszczenia go przez cięcie, przeprowadzone za kątem szczęki dolnej. Badanie drobnowidowe stwierdziło budowę odpowiadającą śluzakowatemu tłuszczakowi, który według autora rozwinął się z pozostałości tkanki zarodkowej, a nie jest tłuszczakiem o cechach wtórnego zwyrodnienia.

A. Brüggemann-Giessen. **O operacji włókniaków jamy gardłowo nosowej.** Bardzo dogodny dostęp do wyłuszczenia włókniaków jamy gardłowo-nosowej daje według autora metoda, polegająca na wycięciu tylnej części przegrody nosowej zapomocą kleszczy Hajeka od strony jamy nosowej wolnej od guza. Usunięcia guza można dokonać zapomocą noża Beckmana lub gorącej pętli. Autor zaleca opisaną metodę operacyjną nad inne dotychczas znane (Partscha, Kochera, Krogiussa i Denkera). Dla łatwiejszego opanowania ewentualnego krwotoku zapętla czasowo obie tętnice dogłowowe i wykonuje zapobiegawczą tracheotomję.

O. Piffl. **O operacji guzów nerwu słuchowego.** Opisuje dwa przypadki guza nerwu słuchowego, operowane z bardzo dobrym wynikiem drogą wycięcia wyrostka sutkowego i piramidy kości skalistej czyli t. zw. metodą przezbłędnikową. Zestawiając 9 przypadków z piśmiennictwa pomyślnie tą metodą operowanych uważa ją za bez porównania dogodniejszą od metody Krausego z kilku powodów: 1) odległość od powierzchni jest przy metodzie przezbłędnikowej około 2 cm krótsza, 2) przez wycięcie piramidy mamy dostateczny dostęp do wyłuszczenia guza i nie naruszamy tkanki mózgowej, co w większości przypadków, operowanych metodą Krausego ma miejsce 3) metoda przezbłędnikowa jest jedyną, pozwalającą na wycięcie części guza w przewodzie słuchowym wewnętrznym się znajdującej, wreszcie 4) można dojście rozszerzyć przez zabranie części łuski kości potylicznej i skroniowej (jak to zaleca Schmiegelow) o ile guz jest zbyt duży.

F. Reuter. **Śmierć oseska wskutek reflektorycznego porażenia serca po zadławieniu się smoczkiem.** 7 tygodniowy osesek zadławił się smoczkiem gumowym opatrzonym w metalowy pierścień, który utkwił u wejścia do krtani i wywołał duszność. Po wykonaniu tracheotomji wrócił prawidłowy oddech. Przy wydobywaniu smoczka wystąpiła nagle bladość i natychmiastowa śmierć oseska. Sekcja nie wykazała nic charakterystycznego. Autor przypuszcza, że nastąpiło w tym przypadku odruchowe porażenie serca wskutek zadrażnienia *n. laryngeus superior*.

K. Schmiegelow. **Septyczna angina.** Na podstawie spostrzeżeń swoich i innych autorów dochodzi do wniosku, że w wielu przypadkach septycznej anginy można chorego ochronić od śmierci, o ile się wcześnie przystąpi do radykalnego leczenia, które da się ująć w 3 punktach:

1) przez cięcie boczne szyi stworzyć odpływ na zewnątrz i przez tamponadę od dołu przeszkodzić postępowaniu zakażenia w dół (wykonanie t. z. mediastinotomja collaris),

2) zastosować leczenie szczepionką względnie surowicą najlepiej z zarazków wyhodowanych z krwi chorego lub w braku takiej szczepionki zastosować otrzymaną w handlu.

3) wzmocnić siły chorego przez sztuczne odżywianie i podawanie środków nasercowych.

Dobrzański (Lwów).

Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin.
IV. Bd. 4. Z.

Raestrup. **O wykazywaniu benzolu przy otruciach.** Wykazywanie benzolu przy sekcji otrutych napotykało do niedawna na wielkie trudności z powodu jego lotności i zwykle zużytej małej jego ilości. Dopiero Joachimoglu podał w tym celu dobrą metodę a mianowicie zamianę benzolu na nitrobenzol o charakterystycznej woni, ale metoda ta jest uciążliwa i niezupełnie charakterystyczna. Autor opierając się na stwierdzonej przez Kockela własności rozpuszczania się sudanu przy obecności nawet małych ilości benzolu oraz na jego wysokim punkcie zamarzania podał swoją metodę wykazywania benzolu nietylko jakościowo, ale nawet częściowo i ilościowo przy pomocy oziębiania par destylatu, które przy obecności benzolu powodują rozpuszczenie sudanu. Próba ta ma być czuła, charakterystyczna tylko dla benzolu a nie dla substancyj pokrewnych, jest szybka i łatwa do przeprowadzenia.

Völkler i Koopmann. **O zatruciu cyjankiem potasu.** Autorowie opisują przypadek samobójstwa przez otrucie cyjankiem potasu kobiety 25-letniej przez 3 wstrzyknięcia podskórne około 0,42 gr KCN oraz zażycie wewnętrzne większej dawki. Opierając się na materjale sekcyjnym prosektorjum szpitala portowego w Hamburgu wynoszącym 75 przypadków zatrucia tym środkiem, autorowie podają kilka dat statystycznych.

Liczba tych otruć podczas wojny zmniejszyła się wyraźnie; w 72 przypadkach były to samobójstwa a tylko w 3 morderstwa, w 59 przypadkach w grę wchodzili mężczyźni a w 16-tu kobiety; trzecia część przypadków przypadała na wiek między 20-tym a 30-tym r. życia. Również na podstawie tego materjału sekcyjnego oraz na podstawie własnych doświadczeń autorowie dochodzą do następujących wniosków: 1) że przyczyną śmierci przy otruciu cyjankiem potasu jest porażenie centralne, znacznie rzadziej uduszenie przez zadrażnienie centralne; 2) KCN jest trucizną działającą na tkanki, mniej na krew, 3) że KCN nie powstrzymuje gnicia zwłok, 4) działanie KCN użytego podskórnie jest słabsze niż *per os*, 5) Zachowanie się krwi zależy od ilości sinu, który się dostał do krwi i od długości jego działania; tylko przy wcześnie wykonanej sekcji jest krew żywoczerwona, 6) barwa plam pośmiertnych nie jest charakterystyczna; plamy żywo czerwone powstają tylko przy odpowiedniej wilgoci zwłok, gdyż wtedy łatwiej się odbywa utlenienie Hb.

Giese. **Ocena ze względu na ubezpieczenie urazowego skrętu flexura sigmoidea i jelita cienkiego.** Robotnik, którego uderzyła silnie w brzuch beczka z piwem od czasu tego wypadku czuł się niezdrów, w tydzień zaś zachorował wśród objawów zapalenia otrzewnej i zmarł, nie zgodziwszy się na zabieg operacyjny. Pierwszy znawca, obducent dr. H., uznał, że skręt kiszek jest następstwem urazu a mianowicie pierwotnie wystąpiło lekkie zapalenie otrzewnej, które spowodowało porażenie jelit i jako następstwo skręt kiszek; drugi zaś znawca, prof. Lochte, twierdzi, że skręt kiszek nie powstał wskutek porażenia jelit, gdyż byłby wystąpił wcześniej po wypadku, lecz mógł powstać samoistnie. Autor jako trzeci znawca wyklucza pierwotne porażenie jelit, które mogłoby powstać tylko po ciężkiem zmiażdżeniu brzucha, wywołującem zwykle *shock* i któreby wystąpiło szybciej niż tydzień po wypadku; również uważa za bardzo rzadkie zapalenie otrzewnej w następstwie urazu bez uszkodzenia jakiegoś organu jamy brzusznej, a także skręt kiszek bardzo rzadko występuje jako następstwo zapalenia otrzewnej; wobec tego więc, a zwłaszcza wobec stwierdzonej dyspozycji do skrętu (długa krezka) autor uważa skręt kiszek za samoistny, bez związku z wypadkiem.

Kempner i Thiele. **O związku między zapatrywaniami pewnego okresu a stosowaniem kary wobec umysłowo chorych.** Autorowie przedstawiają rozwój historyczny oraz stan obecny postępowania karnego wobec umysłowo chorych; w ostatnich czasach najwięcej uwagi zwraca się na stany zmniejszonej poczytalności i na stany graniczne między zdrowiem a chorobą umysłową, co dawniej było mało uwzględniane.

Delbrück. **Ciekawy przypadek upojenia sennego.** W ostatnich czasach w porównaniu z ubiegłem stuleciem mało się zwraca uwagi na senne upojenie, a przyczyną tego jest, że te przypadki chyba wyjątkowo dają się obserwować przez lekarzy, a przeważnie opierają się na zeznaniach świadków. Gudden zebrał niedawno 11 podobnych przypadków, które podzielił na upojenie fizjologiczne, afektywne, senne i alkoholowe.

Autor uważa za ważniejsze te przypadki, które nie są natury sądowej, gdzie alkohol nie odgrywa roli i gdzie się zna poprzednio anamnezę chorego. Taki właśnie przypa-

dek opisuje u urzędnika 40-letniego, psychopaty, który po znużeniu zasnął głęboko i którego nagle zbudziły odgłosy na ulicy. Gdy otworzywszy na chwilę oczy ujrzał światło pochodzące od motocyklu, doznał uczucia strachu, przypuszczając że to jest pożar i wyskoczył przez okno. Przypadek ten najbardziej zbliża się do upojenia sennego Gudden a, choć brak zaburzeń pamięci i podniecenie przed uśnięciem nie pozwalają go zaliczyć ściśle do jednego z typów Guddena.

IV. Bd. 6. Z.

Sörup. **Odontoskopja, przyczynek dentystyczny do medycyny sądowej.** Najczęstsze zadanie sądowo-lekarskie dentysty polega na określaniu tożsamości i wieku osobników na podstawie uzębienia; trudniejsze jest rozpoznawanie sprawcy na podstawie ran kąsanych stwierdzonych na ofierze. W tym kierunku brak w piśmiennictwie dentystycznem wskazówek. Trudności przy tego rodzaju badaniach przedstawia autor na podstawie przypadku morderstwa z lubieżności; radzi brać pod uwagę niezbyt głębokie odciski zębów, robić też zdjęcia fotograficzne naturalnej wielkości. U podejrzanego sprawcy zaś należy sporządzić odlew gipsowy uzębienia, z niego przez odontoskopję, analogiczną do daktyloskopji odcisk na papierze, a z niego na kalce; odcisk ten powinien się zgadzać z fotografją zadanych ran kąsanych. Czasem wystarczą odciski tylko dwu, a nawet i jednego zęba.

Rad. **W sprawie nieprzytomności w napadzie histerycznym w odniesieniu do § 176—2.** Autor zastanawia się nad znaczeniem słowa »bezprzytomny« w § 176—2 niemieckiej u. k. o zgwałceniu i zgadza się z Hübnerem, że tu nie chodzi o zupełną bezprzytomność, ale także o stany częściowego braku przytomności, jak w napadzie histerycznym. W przypadku opisanym przyjął autor bezprzytomność na podstawie wywiadów, okoliczności i badania u kobiety zgwałconej w napadzie histerycznym, zaznacza jednak, że w podobnych przypadkach należy być ostrożnym ze względu na częste fałszywe oskarżenia histeryczek.

Brock. **Przypadki kazirodztwa.** Na 710 przypadków przestępstw płciowych spotkał się autor z 40 przypadkami bądźto rzeczywistego kazirodztwa, bądźto z oskarżeniami o nie. Tylko 4 przypadki były przedmiotem rozpatrywań sądowo lekarskich, w innych zwykle świadkowie lub poszkodowane cofali swoje zeznania, zwłaszcza, gdy chodziło o ukaranie osoby utrzymującej rodzinę. Bardzo częste były fałszywe oskarżenia z różnych powodów; często czyny były popełniane w zamroczeniu alkoholowem.

Laves. **Zajmujący przypadek morderstwa.** Nauczycielka muzyki została zamordowana w swojem mieszkaniu przez 2 sprawców przez rany tłuczone głowy, kłute klatki piersiowej i ranę ciętą na szyi, a więc narzędziem tępem i ostrem. Autor na podstawie sekcji oraz śledztwa określa porządek, w jakim rany zostały zadane, oraz przypuszczalny udział każdego ze sprawców.

Dyrenfurth. **O ilości gazów gnilnych w sercu i ich znaczenie dla śmierci z zatoru powietrznego.** Autor przy pomocy przyrządu, poprzednio przez siebie opisanego mierzył zawartość gazów gnilnych w sercu w różnym czasie po śmierci i przekonał się, że już w świeżych zwłokach są ich małe ilości, jednak uwzględniając okoliczności (czas od śmierci, ciepłota otoczenia, ilość krwi w sercu) można przez oznaczenie ilości gazów w każdej z komór serca przy znacznie większej ich ilości w komorze prawej rozpoznać śmierć z zatoru powietrznego. Badanie chemiczne, czy mamy do czynienia z powietrzem, czy gazami gnilnemi nie doprowadza do wyników.

Hey. **Rozróżnienie histologiczne kości ludzkich i zwierzęcych.** Na podstawie własnych badań oraz piśmiennictwa autor dochodzi do wniosku, że odróżnienie kości ludzkich od zwierzęcych przez badanie histologiczne jest niepewne i dla celów sądowo-lekarskich nie ma większego znaczenia.

Hellstern. **Opaski przepuklinome bez sprężyn w zakładach karnych.** Ponieważ opaski przepuklinowe ze sprężynami okazały się niebezpieczne w zakładach karnych, gdy więźniowe z nich wyjmowali sprężyny dla różnych celów wprowadzono opaski bez sprężyn, które pełnią dobrze swoje zadanie, o ile stałą jest kontrola lekarska.

Szulisławska (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 4 lutego 1925 r.

Przewodniczy: prof. Majewski.

Obecnych 55 członków.

Odczytanie protokołu z posiedzenia w dniu 28 I. 1925.

Kol. Majewski przedstawia chorą, u której wydobył **wągra wśródgałkowego** za pomocą przecięcia twardówki w okolicy równika między mięśniami, prostym górnym a prostym środkowym. Badanie wydobytego pasorzyta za pomocą lupy Zeissa wykazało na główce wieniec haczyków gołem okiem prawie niedostrzegalnych. Jest to zatem *Cysticercus cellulosae.*

W dyskusji przemawiał kol. Blassberg i Kol. Rosenhauch, który wspomina o przypadku wągra, stanowiącym ze względu na swój przebieg unikat w piśmiennictwie. Dr. Judin (Klinische Monatsbl. Augenh. 1923 sierpień) obserwował chorą z wytrzeszczem gałki ocznej lewej. W głębi oczodołu wyczuwano guz. Roentgen: zaćmienie całego oczodołu. Rozpoznano: *Tumor retrobulbaris.* Przy operacji (wyjęcie gałki) wypływa ciecz a z nią wągr średnicy 18 mm. W głębi natrafiono na płat czołowy mózgu. Tamponada. Chora uzdrowiona. W miesiąc potem: obrzęk powiek, chełbotanie. Po nacięciu drugi wągr 22 mm średnicy. Wągr z płatu czołowego mózgu przedostał się, zniszczywszy górną ścianę oczodołu poza gałką oczną, wywołał wytrzeszcz i zanik nerwu wzrokowego.

2. Kol. Dyboski wygłasza odczyt p. t.: **Próby leczenia kiły przetworami arsenu, podawanemi na wewnątrz.** Przetwór arsenowy, będący obecnie w handlu pod nazwą stovarsolu, jest zachwalanym przez autorów francuskich głównie jako środek zapobiegawczy przeciw zakażeniu kiłowemu. W klinice krakowskiej przetwór ten został wypróbowany jako środek leczniczy w czterdziestu trzech przypadkach kiły, głównie świeżej. Wpływ na zmiany chorobowe okazał się wybitnym, krętki znikały 48 godzin po podaniu pierwszej dawki. Odczyn Wassermanna przechodzi w ujemny zaledwie w połowie ogólnej ilości przypadków. Zaburzenia niepożądane są rzadkie. Najważniejszem z nich było rozlane zapalenie skóry, w objawach swych i przebiegu podobne do zapalenia skóry po salwarsanie. Wadą nowego sposobu leczenia jest nieustalone jeszcze dawkowanie.

W dyskusji Kol. Walter zwraca uwagę na przedmiotowy sąd prelegenta w ostrożnem ocenianiu wyników leczenia. Przypadki były bardzo szczegółowo obserwowane — to też wyniki powyższych badań przyczyniają się znacznie do ugruntowania naszego sądu o działaniu leczniczem stowarsolu. Sądzi jednak, że należy być ostrożnym w stosowaniu leczenia powyższego — w przypadkach nadających się do leczenia poronnego, aczkolwiek zdaje sobie sprawę z doniosłego znaczenia naukowego tych prób leczniczych. Żałuje tylko, że Kol. prelegent nie przedstawił swych badań nad sposobem wydzielania się as z ustroju przy leczeniu stovarsolem, które to badania bezwątpienia będą miały pierwszorzędne znaczenie — ze względu na brak podobnych badań.

Kol. Lenartowicz podziela pogląd kol. Waltera, że w przypadkach kiły okresu pierwotnego, zwłaszcza surowiczo-ujemnego, nie należy pozbawiać chorego dobrodziejstwa leczenia poronnego i z tem liczono się poważnie w klinice w początkach prób leczenia stowarsolem, wykluczając takich chorych z zakresu prób leczniczych. Stanowisko to zmieniono dopiero po zapoznaniu się ze spostrzeżeniami autora francuskiego. Cl. Simon'a, ogłoszonemi w jednym z ostatnich numerów »Bulletin de Dermatol«. Simon stosował preparat podobny, nazwany »treparsolem« w kile okresu pierwotnego surowiczo-ujemnego i zapobiegł nie tylko pojawienin się osutki, ale przejściu odczynu Wassermanna w dodatni. Ten właśnie okres kiły może rozstrzygnąć o wartości zapobiegawczej stowarsolu i dlatego próby w tym kierunku są szczególniej pożądane.

Sekretarz: *Dr. Pawlas.*

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 29. kwietnia 1925 r.

Przewodniczy kol. K. Opoczyński, sekr. kol. E. Czarnecki.

Obecnych 52. osoby, w tej liczbie 32. członków Towarzystwa.

1. Z powodu śmierci członka Twa, śp. prof. dr. Antoniego Mikulskiego, zmarłego 13 kwietnia b. r., prezes wygłosił wspomnienie pośmiertne. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2. Odczytanie i przyjęcie protokółu z dnia 25. marca b. r.

3. Kol. A. Wirszubski — pokaz chorego 17 lat, który od 4—5 miesięcy cierpi na **drżenie zamiarowe.** Objaw ten obejmuje

prawą rękę, przyczem wahania nie ograniczają się do odcinka obwodowego, lecz rozszerzają się na całą kończynę. Rozpoznawając stwardnienie wieloogniskowe (sclerosis-disseminata), mówca zwraca uwagę na czynnik etjologiczny danego przypadku. Chory z zawodu pasterz, strzegł trzody owiec, nagle z lasu wyskoczył wilk i porwał jedną z nich. W kilka dni po tem zajściu powstała choroba; istnieje więc wielce prawdopodobne przypuszczenie o bezpośrednim związku poważnego wzruszenia, a powstania cierpienia organicznego układu nerwowego w postaci sclerosis disseminata.

Dyskusja: Kol. St. Trzebiński zapytuje o obecne poglądy na etjologię stwardnienia wieloogniskowego. Kol. I. Abramowicz: Czy było badane dno oka? Kol. A. Wirszubski w odpowiedzi: Niektórzy autorzy przywiązują więcej wagi w powstawaniu tego cierpienia takim czynnikom, jak zakażenie, zatrucie, uraz, przeziębienie, zaniedbując rolę wzruszenia, emocji. Ostatnia wojna światowa dowiodła, że wśród organicznych cierpień układu nerwowego pierwsze co do częstości miejsce zajmuje stwardnienie wieloogniskowe; na wojnie do tego przyczyniają się zawsze wysiłki fizyczne, jak i wielkie wzruszenia. Również i przypadek demonstrowany dobitnie przemawia za emocją, jako czynnikiem odgrywającym rolę w powstawaniu sclerosis disseminata. Dna oka nie badano. (Streszczenie własne).

4. Kol. Abramowicz (wyniki pracy wspólnej, wykonanej z dr. J. Tymińskim). Pokaz fotografji i preparatów histologicznych nerwiaka (neurinoma) powiek. W przypadku tym był miękki rozlany nowotwór powiek i prawej skroni. Z powodu olbrzymich rozmiarów twór ten przybrał postać fałdzistej słoniowatości, w głębi której wyczuwano cienkie splotowate powrózki. Na preparatach, barwionych według Weigert-Van Gieson'a, widać obok bujania pochewek łączno-tkankowych skórnych nerwów również rozrost ciałek Schwann'a. W związku z powyższem mówca podaje historję rozwoju pojęć na histogenezę t. zw. nerwowłókniaków. Do ciekawych objawów przypadku należy niski wzrost, upośledzenie rozwoju intelektualnego oraz powiększenie siodełka tureckiego — wymiaru 17 mm. × 11 mm.

(Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusja: Kol. Cz. Falkowski uważa, że barwienie solami srebra może przyczynić się do wyjaśnienia budowy nowotworu; barwiąc skrawki według metody Achucarro, można odróżnić włókna nerwowe od włókien tkanki łącznej. Kol. K. Opoczyński zapytuje, czy była asymetrja twarzy; wskazując następnie artykuł Heusch'a w Virchow's Archiv, gdzie autor wiąże powstawanie nerwowłókniaków z akromegalją, która może się stać wynikiem uszkodzenia nerwu współczulnego. Kol. W. Jasiński. — Czy włókniak na powiece oka odpowiada w zupełności guzom, często nader licznym, w chorobie Recklinghausen'a. W odpowiedzi kol. I. Abramowicz stwierdza tożsamość tych tworów i zaznacza, że w przypadku omawianym było wybitne powiększenie siodełka tureckiego.

5. Kol. St. Mahrburg — pokaz 3 preparatów **nowotworów nerek** z Zakładu Anatomji Patologicznej U. S. B. (Przypadki pooperacyjne Kliniki chirurgicznej U. S. B.). Na podstawie przeprowadzonych badań w dwóch przypadkach rozpoznano nadnerczaki Grawitz'a, w przypadku trzecim raka nerki, już makroskopowo o charakterze zupełnie odmiennym. Omawia następnie mówca rozwój poglądu na histogenezę nowotworów Grawitz'a i wyodrębnia w tej sprawie 3 następujące okresy: 1. Okres podporządkowania nowotworów typu Grawitz'a ogólnie przyjętemu podziałowi nowotworów złośliwych. 2. Okres, poczynając od Grawitz'a, w którym uznaje się za podłoże rozwoju nowotworów nadnerkowych, rozsiane zarodki nadnercza. 3. Okres z poglądem na rozwój nadnerczaków z pozostałości komórek zarodkowych różnych tkanek, rozwijających się z aparatu moczowego od najwcześniejszego jego okresu.

Dyskusja: Kol. K. Michejda przedstawia przebieg obrazu klinicznego przed i po operacji u chorych, od których pochodzą preparaty. U chorej z m. Grawitz'a wystąpiła mocznica. W sprawie przypadku raka nerki na podstawie przebiegu choroby i cystoskopji myśleć można było raczej o kamieniach nerkowych. Po czterech tygodniach jednak wystąpiło krwawienie z lewej nerki; podczas operacji stwierdzono nowotwór. Kol. J. Michniewicz przytacza dwa przypadki raka nerek, z których w jednym rozpoznanie zrobiono na podstawie krwawienia i wieku, w drugim, gdzie operowano już po dwóch tygodniach od początku krwawienia i stwierdzono rozległe gruczoły. Kol. K. Opoczyński. Czy nadnerczaki omawiane dawały krwawienie, ponieważ w przypadkach, gdzie nie są one otoczone torebką, dają zwykle krwawienie, w przeciwnym razie zazwyczaj nie krwawią. Kol. K. Michejda. Nadnerczaki mogą dawać krwawienie, objaw ten jednak występuje równie dobrze i przy kamieniach nerkowych. Kol. L. Achmatowicz mówi o przypadku nadnerczaka, gdzie jedynym objawem było tylko krwawienie.

6. Kol. Falkowski. **Pokaz roentgenogramów po zastosowaniu odmy sztucznej czaszki i po wprowadzeniu lipjodolu do kanału kręgowego** zapomocą nakłucia podpotylicznego. Omawia technikę, wskazania i wyniki, jakie dają obie te metody. Dotychczas stosował w Wilnie dwa razy odmę sztuczną i dwa razy wpuszczał lipjodol. Obie metody mogą w znacznym stopniu przyczynić się do pogłębienia i ułatwienia djagnostyki schorzeń układu nerwowego, nie są niebezpieczne i łatwo są znoszone przez chorych.

Dyskusja: Kol. M. Trzeciak. Nie występując przeciw samej metodzie odmy czaszkowej, uważa, że przedstawiony aparat jest jeszcze za mało precyzyjny, co w tego rodzajach badaniach ma bardzo duże znaczenie; następnie uważa nakłucia podpotyliczne przy zapaleniach opon, jako wymagające większej zręczności technicznej i dające się z pożytkiem zastąpić przez zwykłą punkcję lędźwiową lub sposobem Lewkowicza. Co zaś do djagnostyki uszkodzeń mózgu, to ta metoda może być stosowana tylko w późniejszych przypadkach, gdyż w świeżych komplikacje występujące przy tej metodzie mogą zaciemnić obraz. W końcu zapytuje, czy lipjodol, który ma zawierać 45% jodu, podług mówcy nie szkodzi choremu ze względu na koncentrację. Kol. A. Januszkiewicz mówi o tem, że wprowadzenie dużych ilości jodu (był okres kiedy podawano po 750 kropel nalewki jodowej w ciągu dnia w dużej ilości mleka z żółtkiem) wobec tworzenia się albuminatu jodu, jest nieszkodliwe dla ustroju. Kol. L. Achmatowicz. Objawy mózgowe u pewnego chorego lekarza po wprowadzeniu lipjodolu znacznie się spotęgowały. Kol. K. Opoczyński. Wśródczaszkowe wprowadzenie leku nie może być zupełnie obojętne dla ustroju; należy przypuszczać, że do tego sposobu uciekają się autorowie w przypadkach, kiedy inne zabiegi są nieskuteczne.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie.

Na VI. Zjazd, Internistów polskich, który odbędzie się jednocześnie z XII. Zjazdem lekarzy i przyrodników (12—16-go lipca), nadesłano w dalszym ciągu (patrz P. G. L. Nr. 18 z dnia 3 maja b. r.) następujące odczyty:

21. Offenberg (Warszawa): O stosowaniu metody »osłuchowo-dotykowej«, w rozpoznawaniu schorzeń jamy brzusznej.

22. Kryszek i Kotson (Łódź): O sercu chorych gruźliczych. Ilustrowany roentgenogramami (szpital im. Poznańskich Łódź).

23. Rożkowski (Częstochowa): O równoważnikach bólowych w chorobach narządów wewnętrznych.

24. Cytronberg (Warszawa): O klinicznych i doświadczalnych badaniach zjawisk fizyczno-chemicznych, towarzyszących trawieniu w przewodzie pokarmowym zdrowym i schorzałym (Klinika prof. Gluzińskiego).

25. Rosnowski (Warszawa): Stan serca w żółtaczce (Szpital Ujazdowski),

26. Adamowicz (Kraków): O wpływie pewnych bodźców chemicznych na czynność wydzielniczą trzustki (Klinika Kraków),

27. Łukaszczyk (Kraków): Wpływ insulinowego leczenia na przemianę materji u chorych na cukrzycę (Klinika Kraków).

28. Łukaszczyk (Kraków): Petrenowska metoda leczenia cukrzycy.

29. Prof. Orłowski (Kraków): Wpływ jarzyn na wydzielniczą czynność żołądka (badania kliniczne doświadczalne). Klinika.

30. Prof. Orłowski (Kraków): W sprawie metod badania wydzielniczej czynności żołądka (Klinika Kraków).

31. Doc. Tempka (Kraków): Wpływ Zubera na przemianę istot azotowych oraz wydzielanie soku żołądkowego i dwunastnicowego (badania kliniczne). Klinika Kraków.

32. Tuchendler (Warszawa): Sprawy chorobowe dolnego odcinka kiszki grubej w świetle badań wziernikowych rektoskopowych.

33. Krajewski (Bielszewice, Górny Śląsk): Znaczenie osłuchiwania szczytów pach w djagnostyce wczesnej gruźlicy płucnej.

34. Jezierski (Poznań): Leczenie gruźlicy złotem. (Klinika).

35. A. Landau i I. Held (Warszawa): O dodatnim odczynie Wassermanna w przebiegu powolnego zapalenia wsierdzia »Endocarditis lenta«.

36. A. Landau i I. Held (Warszawa): Przyczynek doświadczalny do nauki o powstawaniu u człowieka żółtaczki hemolitycznej przemijającej. (O leczniczem działaniu fenylhydrazyny w stanach policytemji wtórnej. (Szpital Wolski).

37. A. Landau, M. Fejgin i S. Lilienfeld-Krzewski Warszawa): Uwagi o próbach klinicznych badania czynnościowego nerek.

38. A. Landau i M. Fejgin (Warszawa): O nowoczesnem postępowaniu leczniczem w cukrzycy. (Szpital Wolski).

39. Prof. Modrakowski i H. Sikorski (Warszawa: Nowe preparaty kamforowe z projekcjami krzywych. Doświadczalne badania nad działaniem Hexotonu i Camphogenu na czynność serca, ciśnienie krwi i oddech. (Zakład farmakologji Uniwersytetu.)

40. Leyko i H. Sikorski (Warszawa): Infusum, Tinctura i Folia Digitalis oraz ich przetwory fabryczne. (Lecznicza wartość i różnice w działaniu tych preparatów). Uniwersytet.

41. Leyko i H. Sikorski (Warszawa): Środki lecznicze, wymagające farmakologicznego standardyzowania. (Streszczenie w tytule). (Zakład farmakologji Uniwersytetu).

42. F. Obarski (Warszawa): Przyczynek do leczenia wstrzykiwaniem mleka podostrych i przewlekłych schorzeń stawów na podstawie 125 przypadków.
43. H. Kryszek (Łódź): Przyczynek rozpoznawania hypertonji samoistnej. (Szpital im. Poznańskich).
44. L. Rosenberg (Łódź): Objaw opadania krwinek czerwonych, spostrzegany w naczyniach włosowatych.
45. Uryson A. (Łódź): Badania nad wahaniami ciał białkowych w surowicy krwi w stanach patologicznych.
46. Itelson I. (Łódź): Przemiana wodna w związku z zaburzeniami koloidalnemi ustroju. (Szpital im. Poznańskich).
47. Margolis A. (Łódź) Szpital miejski: Typy wydzielania żołądkowego.
48. Szyfman L. (Łódź): Thrombopenia essentialis.
49. Doc. Klejn (Warszawa): Wpływ fizjologiczny wycięcia śledziony na ustrój (Szpital na Czystem).
50. Doc. Klejn (Warszawa): Wyniki lecznicze wycięcia śledziony w chorobach wewnętrznych. (Szpital na Czystem).
51. Tenże: O odrębnej postaci gruźlicy jamy brzusznej. (Szpital na Czystem).
52. Tenże: Zawartość wapnia we krwi w niektórych chorobach. (Szpital na Czystem).
53. Tenże: Stosowanie dużych dawek żelaza w niedokrwistości (Warszawa, Szpital na Czystem).
54. Tenże: Nowe środki nasercowe. (Warszawa, Szpital na Czystem).
55. Szour M.: Indykonemia i azotemia. (Warszawa, Szpital na Czystem).
56. Tenże: Spostrzeżenia nad niedokrwistością złośliwą (Warszawa, Szpital na Czystem).
57. Kobryner: Znaczenie rozpoznawcze obecności lipaz we krwi (Warszawa, Szpital na Czystem).
58. Redel; Krew chorych w rok po splenektomji. (Warszawa, Szpital na Czystem).
59. Lapidus, Sattler i Wigdorowicz: O znaczeniu odczynu Mateřiego i Biernackiego w gruźlicy. (Warszawa, Szpital na Czystem).
60. Goldinberg i Zylberlast: Nowe próby czynnościowe wątroby (Warszawa, Szpital na Czystem).
61. Frank: Gastroskopja gastroskopem Loeniga (Warszawa, Szpital na Czystem).
62. Bokser: Spostrzeżenia nad hypertonją. (Warszawa, Szpital na Czystem).
63. Kobryner: Spostrzeżenia fizjologiczne podczas zgłębnikowania dwunastnicy. (Warszawa, Szpital na Czystem).
64. Prof. Franke (Lwów, Zakład patologji): O wchłanianiu z tkanki podskórnej w doświadczalnej nephritis.
65. Prof. Franke i Hornung (Lwów, Zakład patologji): Odczyny koloidowe złotowy i mastyksowy w płynach obrzękowych.
66. Sabatowski i Goertz (Lwów, Zakład patologji): O wpływie dowozu wody na poziom cukru krwi.
67. Goertz (Lwów, Zakład patologji): Badania nad stosunkiem albumin i globulin w płynach obrzękowych.
68. Fuchs-Dąbrowski Wł. (Lwów, Zakład patologji): Badania oscyllometryczne u sportowców.
69. Kuhl K. (Lwów, Szpital powszechny): Spostrzeżenia nad zachowaniem się odporności ciałek czerwonych w pierwotnej hemolitycznej skazie krwotocznej.
70. Meller N. (Lwów, Szpital powszechny): Sprawozdanie z przypadku polycytthemii, leczonego z dobrym skutkiem fenylhydrazyną i naświetlaniem kości długich.
71. Tenże: (Lwów, Szpital powszechny): O stosowaniu soli bromowych przy wysiękach opłucnowych.
72. Prof. Lubieniecki (Poznań): W kwestji dynamiki rozszerzonego serca.
73. Doc. Oszacki (Kraków): O określaniu tolerancji węglowodanowej za pomocą poborowego przecukrzenia krwi.
74. Prof. Januszkiewicz (Wilno): Sprawozdanie z ruchu chorych i stanu kliniki terapeutycznej II. wewnętrznego Uniwersytetu Stefana Batorego od chwili jej otwarcia 1. II. 1922 do 1. VII. 1925 r.
75. Budziński H. (Wilno, Klinika): O leczeniu przewlekłych postaci gośćca stawowego w domu i klinice.
76. Pawłowski K. (Wilno, Klinika): Przyczynek do badań sprawności czynnościowej wątroby.
77. Tenże: Podstawowe i pomomocnicze metody leczenia cukrzycy. (Wilno, Klinika II.).
78. Prof. Modrakowski (Warszawa, Klinika I.). Ocena krytyczna działania środków nasercowych, stosowanych dożylnie, doustnie i dorektalnie, na podstawie spostrzeżeń klinicznych przy współudziale Drów Goldmanówny, H. Goota i Stefanowskiego.
79. Stefanowski A. (Warszawa, Klinika I.): Zrosty serca z osierdziem i klatką piersiową.
80. Misiewiczówna I. (Warszawa, Klinika I.): Badania ciśnienia żylnego w chorobach serca i nerek.
81. Koczyński A. (Warszawa, Klinika I): Wabania stężenia jonów »H« w moczu jako czynnik leczniczy w przewlekłych zapaleniach miedniczek nerkowych wywołanych przez laseckę okrężnicy.
82. Landsberg M. (Warszawa, Klinika I.): Nowa próba szybkiego stwierdzenia azotemji.
83. Tenże: (Warszawa, Klinika): Z badań nad mechanizmem działania insuliny.
84. Landsberg i Gnoiński (Warszawa, Klinika I.): Btdania nad pozanerwowem wydalaniem mocznika.
85. Petrynowski M. (Warszawa, Klinika I.): Badania nad stosunkiem ilościowym cholesteryny wolnej do związanej w żółtaczkach.
86. Trzebiński I. (Warszawa, Klinika, I.): O stosunku globulin i albumin w moczu, u chorych nerkowych.
87. Gerner K. (Warszawa, Klinika I.): Patogeneza wrzodów żołądka i dwunastnicy w świetle spostrzeżeń, poczynionych nad przedziurawionemi uchyłkami Meckel'a.
88. Zabawska-Domosławska (Warszawa): Całkowite przemienienie trzew rozpoznane za życia (2 rodus. pyp. i uwagi ogólne).
89. Stefanowski A. (Warszawa, Klinika II.): O leczeniu naparstnicą przez odbytnicę.
90. Biernacki A. (Warszawa, Szpital D. I. III. p.). Badania balometryczne, arterjometryczne i biolograficzne.
91. Biernaki A. i Kipman I. (Warszawa, Szpital D. I.): Balometrja, arterjometrja i bolografja.
92. Goldberg I. (Warszawa, Szpital D. I.): Zawartość cukru we krwi i cierpieniach serca i w innych stanach chorobowych.
93. Goldfeil I. (Warszawa, Szpital D. I.): Stosunek napięcia nerwu współczulnego do zawartości wapnia we krwi.
94. Goldman L. (Warszawa, Szpital D. I.): Znaczenie praktyczne czynnościowych sposobów badania nerek.
95. Jelenkiewicz Z. (Warszawa, Szpital D. J.): Przyczynek doświadczalny do sposobu powstawania padaczki.
96. Kornberg J. (Warszawa, Szpital D. J.): Wartości kliniczne obecności kwasu moczowego we krwi.
97. Krauze A. (Warszawa, Szpital D. J.): Wartość kliniczna badania układu roślinnego metodą Danielopolu.
98. Landsberger J. (Warszawa, Szpital D J.): Zachowanie się układu roślinnego. w okresle regularności i przekwitania.
99 Spiro A. (Warszawa, Szpital D. J.) Wartość kliniczna białych ciałek krwi podług szematu Szillinga.
100. Doc. Semerau-Siemianowski i Typograf (Warszawa): W sprawie zespołu objawów przy pierwotnie wzmożonem ciśnieniu (hypertensio consentialis).
101. Doc. Semerau-Siemianowski i dr. Radoniowa: (Warszawa): Stosowanie chinidyny w niemiarowości zupełnej (migotanie przedsionków).
102. Typograf i Dobrowolski (Warszawa): Leczenie spraw gruźliczych krysolganem.

Prelegentów, którzy nie zgłosili wyraźnie napisanych streszczeń, nie przekraczających 10 wierszy druku, upomina się o śpieszne nadsyłanie tychże, gdyż z dniem 1 czerwca ropoczyna się druk programu naukowego Zjazdu.

Dalsze zgłoszenia przyjmowane nie będą. Wobec zbyt obfitego materjału czas przeznaczony na wygłoszenie odczytu będzie ograniczony do 10 minut.

Przewodniczący Sekcji Medycyny wewnętrznej:
A. Puławski.

Sprawy zawodowe.

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka.

Zarząd Polskiego Stowarzyszenia Złotego Krzyża zwrócił się do Zarządu Izby lekarskiej Warszawsko-Białostockiej z prośbą o wyjednanie ulgowych honorarjów lekarskich dla urzędników Państwowych, będących członkami Polskiego Stowarzyszenia Złotego Krzyża. Zarząd Izby lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, mając na uwadze ciężkie warunki materjalne urzędników państwowych, na posiedzeniu w dniu 7 bm. uchwalił zwrócić się do członków Izby z prośbą o jaknajrychlejsze powiadomienie o swej decyzji kancelarję Izby (Niecała 7). Zarząd ze swej strony proponuje 50% zniżkę od wysokości honorarjum, pobieranego przez poszczególnych lekarzy. Członkowie Polskiego Stowarzyszenia Złotego Krzyża i ich rodziny będą się legitymować kartą członka zwyczajnego Stowarzyszenia. Listy lekarzy, którzy wyrażą zgodę na stosowanie ulg przy pokieraniu honorarjum, będą przesłane Zarządowi Polskiego Stowarzyszenia Złotego Krzyża.

Pisarz Izby *Ignacy Sochacki* — Naczelnik Izby *Adam Przybożowski*

Walka z gruźlicą.

Reaktywowanie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą we Lwowie.

Walka z gruźlicą — tą największą plagą ludową, wyniszczającą siły społeczeństwa i narodu, podkopującą dobrobyt, osłabiającą tężyznę szerokich mas, zmniejszającą ich wytwórczość, nadwerężającą bitność armji a przez to obronność Państwa, wymaga, jeśli ma być skuteczną i zwycięską, zespolenia

i usilnej, a uzgodnionej i planowej działalności czynników państwowych, samorządowych, społecznych i obywatelskich pod jednolitem kierownictwem rządu, który posiada środki, aby nawet tam, gdzieby zawiodło odwoływanie się do poczucia obywatelskich obowiązków, zapewnić należyte wykonanie powziętych w najżywotniejszym interesie publicznym zamierzeń.

W tym duchu podjęte dotychczas usiłowania tutejszego Wydziału Zdrowia Publicznego zdołały już wytworzyć kadry organizacji walki z gruźlicą na obszarze Województwa lwowskiego w postaci sieci 23 Powiatowych Kół walki z gruźlicą i 27 Przychodni przeciwgruźliczych, a nadto pozyskały poparcie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, które umożliwiło powołanie Kas chorych do współudziału w walce z gruźlicą i w bardzo znacznych kosztach, z nią połączonych.

Budzi się też w społeczeństwie samorzutna inicjatywa do walki z gruźlicą, którą należy ująć w zespół ogólnej organizacji tej walki, aby zapobiedz rozpruszaniu sił i szkodliwemu krzyżowaniu się poczynań.

Pragnąc rozszerzyć i pogłębić pracę na tem polu i zapewnić jej współdziałanie wszystkich powołanych czynników, reaktywuję Wojewódzką Komisję walki z gruźlicą, jako organ doradczy i opinjodawczy tutejszego Wydziału Zdrowia Publicznego, i powołuję do niej przedstawicieli państwowej administracji ogólnej, samorządu dzielnicowego i gminnego, wojskowości, Kas Chorych, szpitalnictwa, szkolnictwa, Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza, tudzież zrzeszeń i instytucyj, które w walce z gruźlicą udział biorą.

Jestem przekonany, że nikt z powołanych nie uchyli się od obowiązku pospolitego ruszenia przeciw najstraszniejszemu wrogowi wewnętrznemu społeczeństwa i Państwa, jakim jest gruźlica.

Równocześnie z powyższą odezwą ustanowił Wojewoda następujący:

Regulamin Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą we Lwowie.

§ 1. Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą jest organem doradczym i opinjodawczym Urzędu Wojewódzkiego (Wydziału Zdrowia Publicznego) we Lwowie w zakresie walki z gruźlicą wogóle, a w szczególności w następujących zadaniach:

a) Inicjatywa w sprawie walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem i Państwie;

b) Udzielanie na żądanie władz opinji w sprawach, dotyczących walki z gruźlicą;

c) Organizowanie walki z gruźlicą na obszarze Województwa lwowskiego;

d) Zespolenie i uzgodnienie na tem polu działalności Rządu, Samorządu, Kas chorych i wszelkich Tow. i Instytucyj, zajmujących się bezpośrednio lub pośrednio zwalczaniem gruźlicy na obszarze Województwa lwowskiego;

e) Organizacje propagandy przeciwgruźliczej w Województwie lwowskiem;

f) Udzielanie Powiatowym Kołom walki z gruźlicą i Przychodniom przeciwgruźliczym wskazówek i nadzór nad ich działalnością;

g) Wyjednywanie zasiłków państwowych i samorządowych, tudzież zbieranie z innych źródeł funduszów na walkę z gruźlicą, tudzież rozdział tych funduszów;

h) Gromadzenie i opracowywanie danych, odnoszących się do chorobowości i śmiertelności z gruźlicy, tudzież do działalności przeciwgruźliczej w Województwie lwowskiem;

i) Organizowanie dorocznych Wojewódzkich Zjazdów przeciwgruźliczych.

§ 2. W skład Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą wchodzą:

A) Wojewoda, jako przewodniczący, który wyznaczy dwóch zastępców i przewodniczącego;

B) Jako członkowie Komisji:

1) Naczelnik Wydziału Zdrowia Publicznego Urzędu Wojewódzkiego,

2) Naczelnik Wydziału Pracy i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego,

3) Referent działu sanitarnego gospodarki samorządów w Wydziale Zdrowia Publicznego,

4) Szef sanitarny D. O. K. VI,

5) Kurator okręgu szkolnego lwowskiego lub wyznaczony przez niego delegat,

6) Fachowy Referent spraw higjeny szkolnej w Kuratorjum Okręgu szkolnego lwowskiego,

7) Dyrektor Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie,

8) Prezes Tymczasowego Wydziału Samorządowego lub wyznaczony przez niego delegat,

9) Referent fachowy szpitalnictwa w Tymczasowym Wydziale Samorządowym,

10) Prezydent miasta Lwowa lub w jego zastępstwie Wiceprezydent, mający przydzielone sprawy sanitarne,

11) Naczelny lekarz miejski miasta Lwowa,

12) i 13) Dwaj delegaci Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza,

14) Dyrektor Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń we Lwowie,

15) Delegat Okręgowego Związku Kas Chorych we Lwowie,

16) Naczelny lekarz miejskiej Kasy Chorych we Lwowie

17) Dyrektor Szpitala żydowskiego we Lwowie,

18—23) Lekarze, członkowie Zarządu Lwowskiego Tow. walki z gruźlicą,

24) Prezes Polskiego Towarzystwa Higjenicznego we Lwowie, lub wyznaczony przez niego delegat,

25) Prezes Towarzystwa Kolonij leczniczych w Rymanowie,

26) Delegat Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża, Okręgu lwowskiego.

§ 3 Posiedzenie Komisji zwołuje przewodniczący lub jego zastępca co kwartał a w razie potrzeby i częściej.

Raz w roku posiedzenie Komisji będzie połączone z Wojewódzkim Zjazdem przeciwgruźliczym, który rozpatrzy postępy walki z gruźlicą w roku ubiegłym i omówi plan dalszego rozwoju tej akcji.

§ 4. Dla załatwiania prac bieżących i stałego czuwania nad akcją przeciwgruźliczą w Województwie ustanawia się przy tutejszym Wydziale Zdrowia Publicznego Komitet wykonawczy Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą pod przewodnictwem Naczelnika tego Wydziału w zastępstwie Wojewody.

Do Komitetu wykonawczego należą, jako członkowie:

1) Naczelnik Wydziału Pracy i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego,

2) Szef sanitarny D. O. K. Nr. VI.,

3) Delegat Kuratora Okręgu Szkolnego lwowskiego,

4) Deleget Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza,

5) Delegat Lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą.

Komitet wykonawczy może za zgodą przewodniczącego kooptować dalszych członków lub powoływać do poszczególnych spraw rzeczoznawców i referentów z poza swego grona.

Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie.

Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie, czynne od przeszło 30-tu lat, jako główny cel wytknęło sobie popularyzowanie zasad higjeny wśród społeczeństwa polskiego. Wierne temu zadaniu Towarzystwo w ostatnich latach urządziło kilkadziesiąt popularnych wykładów z pokazami we Lwowie i na prowincji i wydaje »Bibljoteczkę higjeniczną« obejmującą broszury z zakresu najważniejszych działów higjeny. Wykłady te i broszury są przeznaczone przeważnie dla ludności miejskiej, dla młodzieży szkolnej i dla sfer robotniczych. Obecnie Towarzystwo zamierza rozpocząć także propagandę wśród ludu wiejskiego, sądząc, że będzie to teren szczególnie wdzięczny.

Wielorakie mogą być sposoby propagowania higjeny wśród ludu. Przykładowo można przytoczyć: czasopisma popularne, monografje bardzo przystępnie a interesująco omawiające pewne zagadnienia, wykłady po wsiach przez prelegentów wysyłanych z miast, odczyty wygłaszane przez siły miejscowe (nauczycieli, duchownych) według wzorów dostarczonych z kół fachowych, ewentualnie z Towarzystwa Higjenicznego. Każdy z tych sposobów może prowadzić do pożądanych wyników, jeżeli będzie stosowany przez ludzi chętnych i odpowiednio uzdolnionych.

Towarzystwo zdaje sobie sprawę z trudności jakie przedstawia jego zamierzenie, a w szczególności pozyskanie ideowych działaczy w powyższej dziedzinie. Sądząc jednak, że pracę należy koniecznie wykonać, Towarzystwo zwraca się do osób interesujących się sprawą zdrowotności ludu oraz do Zrzeszeń oświatowych i społecznych z prośbą 1) o podanie, jaki sposób propagandy higjeny wśród ludu uważać należy za najodpowiedniejszy w naszych stosunkach? 2) o zgłoszenie swojego przystąpienia do zamierzonej działalności, względnie o podanie nazwisk i adresów osób, do których Towarzystwo mogłoby się zwrócić o współpracę.

Zauważa się, że przed wojną Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie wydawało pisemko p. t. »Przyjaciel zdrowia«, organ poświęcony higjenie ludu i wsi, jako dodatek bezpłatny do »Przewodnika Kółek rolniczych« i »Przeglądu higjenicznego«. Wybuch wojny przerwał to wydawnictwo, które istniało zbyt krótko, aby można było oczekiwać wydatnych rezultatów i zdać sobie sprawę z praktycznej wartości ówczesnego przedsięwzięcia. Więc także w tym kierunku Towarzystwo nie może wskazać na własne doświadczenie.

Polecając sprawę gorąco uwadze Szan. Czytelników, Towarzystwo uprasza o możliwie rychłe nadsyłanie odpowiedzi i komunikatów pod adresem: Dr. Adolf Kuhn, Lwów, Województwo.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Odsłonięcie popiersia ś. p. prof. Włodzimierza Łukasiewicza odbędzie się w sobotę dnia 27 b. m. o godz. 11-tej przed południem w Klinice dermatologicznej Uniwersytetu J. K. przy ul. Piekarskiej 81.

Na uroczystość tą zaprasza wszystkich P. T. Kolegów Komitet:

Dr. H. Mierzecki, sekretarz. *Dr. M. Andruszewski*, przewodniczący.

Środek przeciwgruźliczy

ANGIOLYMPHA

Dra ROUS (Paryż)

wypróbowany z doskonałym wynikiem we wszelkich formach gruźlicy przez kliniki polskie, francuskie i wiedeńskie (klinika prof. dra Ortnera).

Angiolympha stosowana we formie zastrzyków wśródmięśniowych (glutealnych) działa zupełnie bez reakcji miejscowej i ogólnej, wprost zbawiennie tak w gruźlicy płuc, jak gruczołów, dalej we wszelkich formach gruźlicy chirurgicznej, przy wysiękach opłucnowych, jakoteż gruźlicy krtani.

Angiolympha nadaje się wyjątkowo do łagodnego przeprowadzenia leczenia wszelakich przypadków gruźlicy dzieci.

Angiolymphę stosują od dłuższego czasu, z bardzo dobrym wynikiem, omal wszyscy specjaliści, jakoteż kliniki, sanatorja, szpitale i Kasy chorych w Polsce

Główny skład na Polskę:

Piotr Mikolasch i Ska we Lwowie

— Do nabycia we wszystkich aptekach w kraju —

Dla Kas Chorych i Szpitali opakowanie tańsze, tak zwane szpitalne.

L. 857/SM./2 **Konkurs.**

Wydział Powiatowy Sejmiku w Lubomlu ogłasza konkurs na dwie posady felczersko-akuszeryjne w powiecie na warunkach XII stopnia służbowego płac urzędników Państwowych bez dodatku komunalnego.

Przyjęte będą tylko siły wykwalifikowane, które wykażą się odpowiedniemi dokumentami. Posady do objęcia natychmiast.

Przewodniczący Wydziału Starosta
S. Żurakowski.

L. 1321. **Konkurs.**

Wydział Powiatowy Sejmiku Kostopolskiego niniejszem ogłasza konkurs na posadę rejonowego lekarza i Kierownika przychodni samorządowej w Ludwipolu z poborami w/g VII st. sł. płac urzędników państwowych, oraz 25% dodatku komunalnego.

Oferty z odpisami: Dowodu obywatelstwa polskiego, dyplomu lekarskiego względnie zaświadczenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (G. D. S. Z.) na prawo wykonywania praktyki lekarskiej w uwierzytelnionych odpisach, świadectwo z poprzedniej pracy oraz własnoręcznie napisany życiorys — nadsyłać do Sejmiku w terminie nieprzekraczalnym do dnia 25/VI 1925 r.

Czas objęcia posady od 1 lipca 1925 r.

Oferty nieuwzględnione pozostaną bez odpowiedzi.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego Starosta:
(—) *Korkozowicz.*

L. 2090. **Konkurs.**

Wydział Powiatowy w Przemyślanach ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Swirzu z poborami od XII do X stopnia służb. urzędników państwowych wraz z wszystkiemi dodatkami oraz ryczałtem na koszta podróży urzędowych.

Kandydat winien się wykazać:

1. Obywatelstwem polskiem,
2. Dyplomem lekarskim.
3. poświadczeniem upoważniającem do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem,
4. Metryką urodzenia,
5. odpowiednią praktyką lekarską w szpitalach.

Termin do wnoszenia podań upływa z dniem 30 czerwca 1925 r.

Komisarz rządowy:
Tyzenhaus m. p.

L. 9021/I. **Konkurs.**

Magistrat miasta Kalisza ogłasza konkurs na stanowiska:

1) Ordynatora Oddziału skórno-wenerycznego Szpitala św. Trójcy w Kaliszu i 2) Chirurga Szpitala Starozakonnych w Kaliszu.

Ubiegający się o powyższe stanowiska zechcą nadesłać do Prezydjum Magistratu:

1. Podanie z dołączeniem życiorysu,
2. Dowód o posiadaniu obwatelstwa Polskiego,
3. Odpis dyplomu lekarskiego,
4. Zaświadczenie dotychczasowej praktyki lekarskiej.

Termin składania ofert do dnia 25 czerwca 1925.

Stanowiska są do objęcia zaraz.

Prezydent miasta Kalisza:
Szarras.

Parksanatorium Davos
(dawniej Sanatorium Turban).

Pierwszorzędny zakład 1570 m. n. p. morza. Własny duży park kuracyjny. Własny las.
Pokój z utrzymaniem, opieką lekarską i t. d od 20 Fr. — — — Prospekt na żądanie.
Lekarz ordynujący: **Dr. F. Bauer.**

Najbardziej wdzięcznymi dla P. P. praktykujących lekarzy preparatami są:

Sól Radjo-jodowa do kąpieli oraz
Ekstrakt szpilkowy do kąpieli „GALEN"

Sól znajduje rozległe zastosowanie wszędzie, gdzie sole jodowe są wskazane. Przewyższa wszystkie sole zagraniczne i krajowe zawartością jodu, posiada w swym składzie ciała promieniotwórcze.

Ponadto polecamy:

Injectiones subcutaneae fabryki „Galen"

z gwarancją firmy „SEROWAC" co do jałowości roztworów.

Prospekty i próbki na życzenie P. P. lekarzy odwrotnie.

WYTWÓRNIA CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA „GALEN"
Sp. z ogr. odp we Lwowie ul. Ochronek 6.